

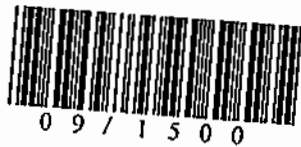
**HUBUNGAN STIGMA DENGAN HARGA DIRI RENDAH  
PADA KLIEN HIV/AIDS DI LSM PKBI JAKARTA**

**LAPORAN PENELITIAN**

**Diajukan Sebagai Tugas Akhir MA Riset Keperawatan**

**RIZCHI MUSTIKA PUTRY  
0706220184  
ROSMAULI SITOMPUL  
0706220215**

Tgl Menerima : 06-07-09  
Beli / Sumbangan : Hadiah  
Nomor Induk : 1500  
Klasifikasi : Lap. Penelitian Riz Nogh



**UNIVERSITAS INDONESIA  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN (FIK)  
PROGRAM EKSTENSI SORE 2007  
JUNI 2009**

MILIK PERPUSTAKAAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN STIGMA DENGAN HARGA DIRI RENDAH PADA  
KLIEN HIV/AIDS DI LSM PKBI JAKARTA**

**RIZCHI MUSTIKA PUTRY  
0706220184  
ROSMALI SITOMPUL  
0706220215**



**UNIVERSITAS INDONESIA  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN (FIK)  
PROGRAM EKSTENSI SORE 2007  
JUNI 2009**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Laporan penelitian ini adalah hasil karya kelompok kami sendiri  
Dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
Telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Rizchi Mustika Putry

NPM : 0706220184

Tanda Tangan : 

Nama : Rosmauli Sitompul

NPM : 0706220215

Tanda Tangan : 

Tanggal : Juni 2009

## LEMBAR PERSETUJUAN

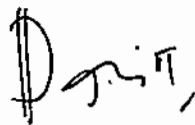
Laporan hasil penelitian dengan judul

### HUBUNGAN STIGMA DENGAN HARGA DIRI RENDAH PADA KLIEN HIV/AIDS DI LSM PKBI JAKARTA

Telah mendapat persetujuan dari pembimbing

Depok, Juni 2009

Mengetahui,  
Koordinator MA. Riset Keperawatan



(Dewi Gayatri, SKp, M. Kes)  
NIP. 132 151 320

Menyetujui  
Pembimbing



(Masfuri, SKp, MN)  
NIP. 132 210 677

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayah serta kesempatan kepada peneliti sehingga dapat menyelesaikan penyusunan laporan penelitian dengan judul : Hubungan Stigma dengan Harga Diri Rendah Pada Klien HIV/AIDS di LSM PKBI Jakarta.

Penyusunan laporan penelitian ini peneliti mendapat bimbingan, arahan, dan dukungan doa, untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Dewi Irawaty, MA, PHD. sebagai Dekan FIK-UI.
2. Dewi Gayatri, SKp, MKes. sebagai koordinator Mata Ajar Riset Keperawatan.
3. Masfuri, SKp, MN. sebagai pembimbing riset yang sangat membantu peneliti dalam menyelesaikan laporan penelitian.
4. Orangtua, keluarga kami tercinta yang telah memberi materi, semangat, dukungan moril, dan doa.
5. Teman – teman ekstensi sore 2007 yang solid dan baik hati, kita memang beda.
6. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Peneliti menyadari bahwa penulisan laporan penelitian ini masih jauh dari sempurna. Kritik dan saran untuk perbaikan sangat diharapkan untuk perbaikan laporan penelitian berikutnya. Semoga laporan penelitian ini bermanfaat bagi pembaca.

Jakarta, Juni 2009

Peneliti

**PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Rizchi Mustika Putry

NPM : 0706220184

Nama : Rosmauli Sitompul

NPM : 0706220215

Program Studi : S1 Keperawatan

Fakultas : Ilmu Keperawatan

Jenis karya : Riset Keperawatan

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**HUBUNGAN STIGMA DENGAN HARGA DIRI RENDAH PADA KLIEN  
HIV/AIDS DI LSM PKBI JAKARTA**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : Juni 2009

Yang menyatakan



(Rizchi Mustika Putry)



(Rosmauli Sitompul)

## ABSTRAK

Stigma HIV/AIDS adalah pandangan negatif tentang ODHA yang berkembang di masyarakat. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi hubungan stigma dengan harga diri rendah pada klien HIV/AIDS. Penelitian ini menggunakan desain deskriptif sederhana yang dilakukan pada 30 ODHA di LSM PKBI Jakarta. Pengumpulan data dilakukan melalui kuisioner untuk mengkaji data demografi, adanya stigma negatif masyarakat terhadap ODHA dan adanya HDR yang dialami ODHA karena stigma tersebut. Data yang dikumpul dengan metode pendekatan *Chi-Square* dengan uji dependensi dengan pendekatan tingkat kemaknaan 0,05. Hasil yang didapat dari penelitian ini adanya hubungan stigma dengan harga diri rendah pada klien HIV/AIDS di LSM PKBI Jakarta. Hasil analisa responden yang menyatakan Stigma negatif sebanyak 70 %, lebih banyak dibandingkan dengan stigma positif sebanyak 30 %. Sedangkan hasil dari analisa data yang diperoleh bahwa responden yang mengalami HDR sebanyak 63,33 %, lebih banyak dibandingkan dengan responden yang tidak mengalami sebanyak 36,67 %.

Kata kunci: HDR, ODHA, Stigma

## ABSTRACT

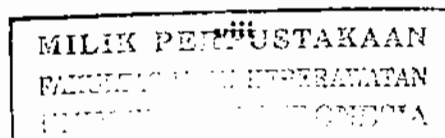
HIV/AIDS Stigma is a negative opinion sight about people live with HIV/AIDS (ODHA). This research aim to identify the relation between stigma with low self regard at HIV/AIDS patient. This research applies simple descriptive design with 30 ODHA in LSM PKBI Jakarta. Data where collected through questionnaire in order to study the demography data, the existence of public negative stigma to ODHA and the existence of low self regard (HDR) experienced by ODHA because of that stigma. The data analyzed with Chi-Square test with significant level 0,05. Result from this research showed that there is relation between the existence of the of stigma with low self regard at HIV/AIDS patient in LSM PKBI Jakarta. Result of respondent analysis showed negative stigma with percentage of 70 % compared to positive stigma 30 %. While result from data analysis obtained that respondent experiencing low self regard (HDR) 63,33 % compared to 36,67 %respondent that is not experiences low self regard (HDR) .

**Keywords :** Low Self Regard (HDR), People Live With HIV/AIDS (ODHA), Stigma



## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
PERNYATAAN ORISINALITAS .....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN .....	iii
KATA PENGANTAR .....	iv
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI .....	v
ABSTRAK .....	vi
DAFTAR ISI .....	viii
DAFTAR LAMPIRAN .....	x
DAFTAR GAMBAR DIAGRAM.....	xi
DAFTAR TABEL .....	xii
<b>BAB I : PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A. Latar belakang.....	1
B. Masalah penelitian.....	2
C. Tujuan penelitian.....	3
D. Manfaat penelitian.....	3
<b>BAB II : TINJAUAN KEPUSTAKAAN .....</b>	<b>5</b>
A. Konsep Teori Terkait.....	5
B. Penelitian Terkait.....	12
<b>BAB III : KERANGKA KERJA PENELITIAN .....</b>	<b>13</b>
A. Kerangka Konsep .....	13
B. Pertanyaan Penelitian/ Hipotesis .....	13
C. Definisi Operasional .....	13
<b>BAB IV : METODE PENELITIAN .....</b>	<b>15</b>
A. Desain Penelitian.....	15
B. Populasi dan sampel.....	15
C. Pengukuran dan Pengamatan.....	15
D. Pengumpulan Data .....	15
E. Analisa Data .....	16
F. Etika Penelitian .....	17
G. Jadwal Penelitian.....	17
<b>BAB V : HASIL PENELITIAN .....</b>	<b>18</b>
A. Analisa Univariat .....	18
B. Analisa Bivariat .....	23
<b>BAB VI : PEMBAHASAN .....</b>	<b>25</b>
A. Interpretasi dan Diskusi Hasil .....	25
B. Keterbatasan Penelitian.....	26

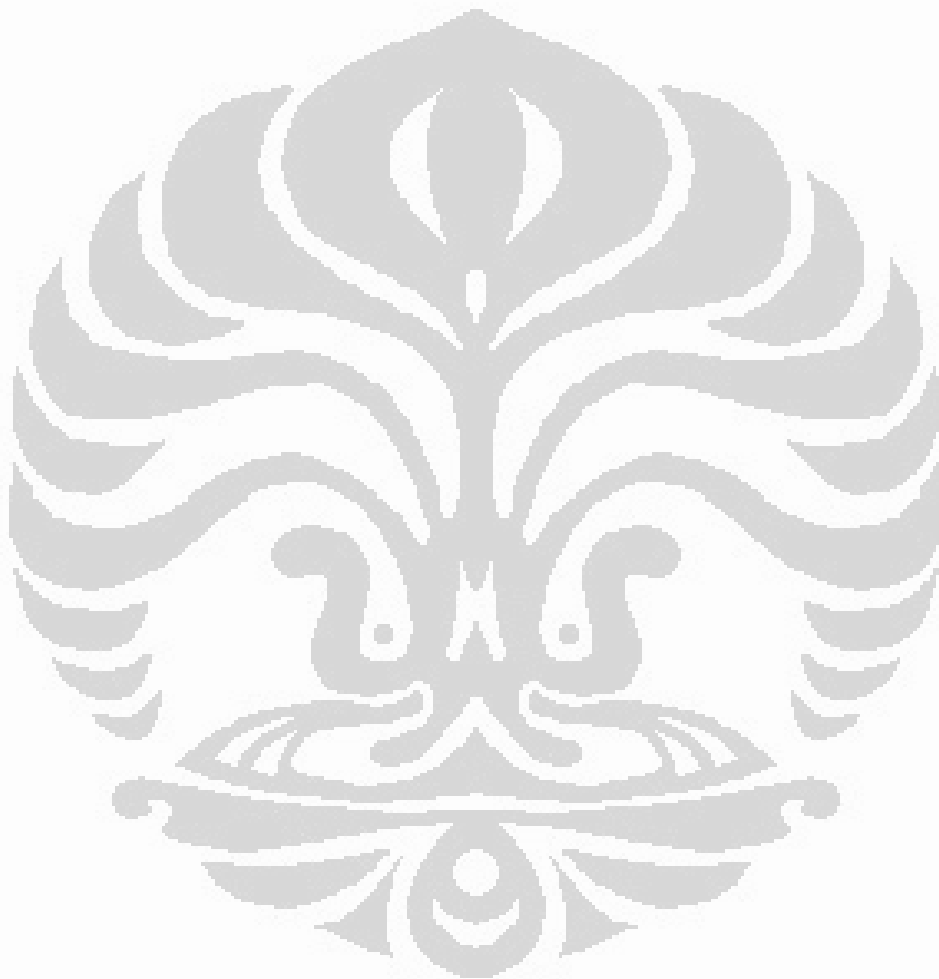


Universitas Indonesia

<b>BAB VII</b>	<b>: KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>28</b>
	A. Kesimpulan .....	28
	B. Saran .....	28

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**

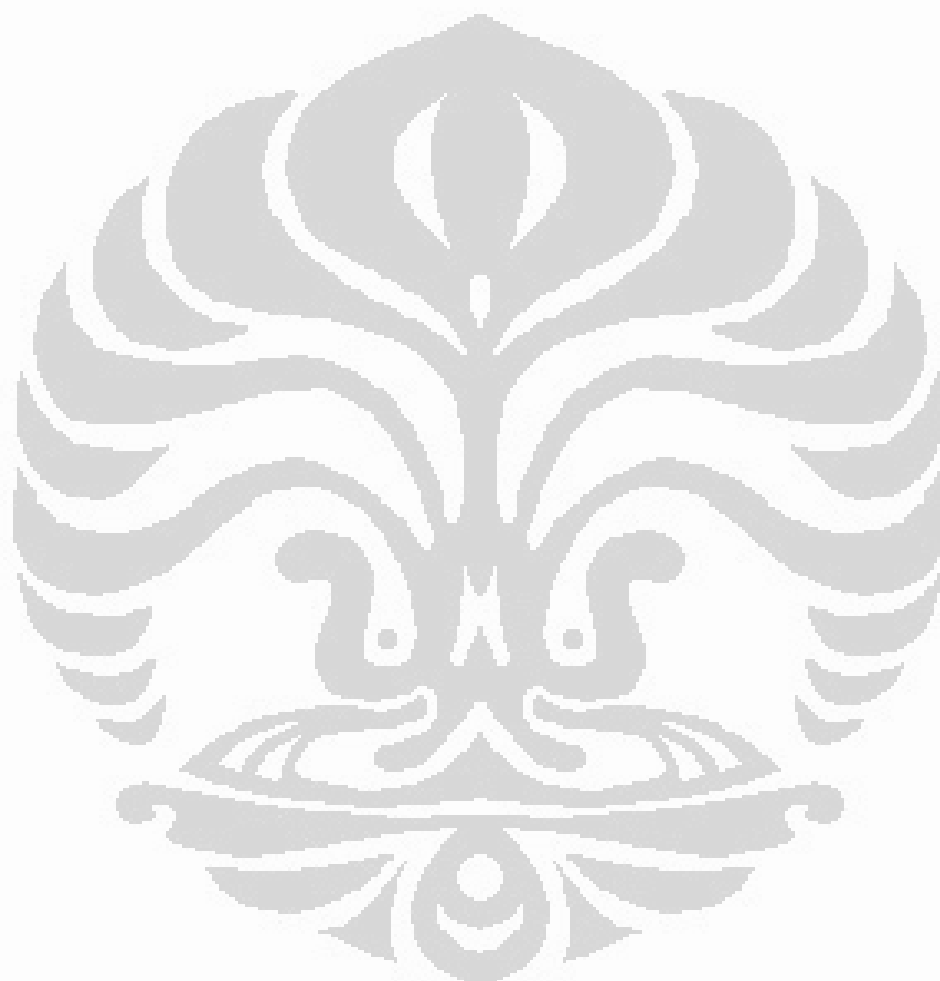


## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Lembar Permohonan Menjadi Responden

Lampiran 2 : Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran 3 : Lembar Kuesioner Penelitian



## DAFTAR GAMBAR DIAGRAM

Diagram V.1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur di LSM PKBI Jakarta Tahun 2009.....	18
Diagram V.2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di LSM PKBI Jakarta Tahun 2009.....	19
Diagram V.3. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Status Pernikahan di LSM PKBI Jakarta Tahun 2009 .....	19
Diagram V.4. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jumlah Keluarga Yang dalam Satu Rumah di LSM PKBI Jakarta Tahun 2009.....	20
Diagram V.5. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tempat tinggal di LSM PKBI Jakarta Tahun 2009.....	20
Diagram V.6. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Suku di LSM PKBI Jakarta Tahun 2009.....	21
Diagram V.7. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Agama di LSM PKBI Jakarta Tahun 2009.....	21
Diagram V.8. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir di LSM PKBI Jakarta Tahun 2009.....	22
Diagram V.9. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Stigma di LSM PKBI Jakarta Tahun 2009.....	22
Diagram V.9. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Angka kejadian HDR di LSM PKBI Jakarta Tahun 2009.....	23

# BAB I PENDAHULUAN

## A. LATAR BELAKANG

Epidemi HIV/AIDS di Indonesia akan terus mengalami peningkatan, saat ini ada 12-19 juta orang rawan untuk tertular HIV dan diperkirakan ada 95.000-130.000 penduduk yang tertular HIV (Depkes, 2004). Sejak 1 Juli 1987 sampai 30 Desember 2007 kasus HIV/AIDS berjumlah 17.207 orang (6.066 terinfeksi HIV dan 11.141 dengan AIDS) angka kematian berjumlah 2.369 orang (Depkes, 2007). DKI-Jakarta menjadi provinsi dengan kasus HIV/AIDS terbanyak se-Indonesia yaitu 3.048 orang (Depkes, 2007). Dan angka diperkirakan kasus infeksi HIV baru mencapai lebih dari 100 klien/bulannya.

Stigma HIV/AIDS adalah pandangan yang negative tentang ODHA yang berkembang di masyarakat. Karena masyarakat mengetahui adanya penyimpangan perilaku seksual yang dilakukan ODHA sehingga menyebabkan terjadinya infeksi tersebut. Disamping itu saat ini angka tertinggi infeksi HIV/AIDS disebabkan oleh penggunaan narkoba menggunakan jarum suntik oleh para pecandu yang menyebabkan infeksi silang. Sehingga timbul diskriminasi social yang dilakukan masyarakat untuk mencegah penularan, penderita harus bertanggung jawab atas sakit yang diciptakannya sendiri, penyakit tersebut bersifat progresif (memburuk) dan tidak dapat disembuhkan, penyakit tersebut dapat dipahami dengan baik oleh masyarakat, tanda dan gejala penyakit tersebut tidak dapat disembunyikan.

Harga diri rendah situasional adalah keadaan dimana individu yang sebelumnya memiliki harga diri positif kemudian mengalami perasaan negative mengenai diri dalam berespon terhadap suatu kejadian seperti kehilangan dan perubahan (Carpenito, 2000). Perubahan kesehatan dan diskriminasi pada klien HIV/AIDS menyebabkan gangguan konsep diri menjadi harga diri rendah situasional, maka penyusun menarik kesimpulan adanya Issue, Trend, dan Fenomena yang sedang berkembang di kalangan penderita HIV/AIDS di LSM (lembaga swadaya masyarakat) PKBI Jakarta

dan penyusun dapat membuktikan terjadinya harga diri rendah pada klien HIV/AIDS di LSM PKBI Jakarta.

Menurut Purwanto ( 2005 ) pada dasarnya dalam menangani klien HIV / AIDS tidak terlalu berbeda dengan klien lainnya secara fisik, akan tetapi yang paling penting adalah penanganan aspek psikologis klien.

Menurut Burhn dalam Muma ( 1997 ) klien HIV/AIDS mengalami tekanan psikologis seiring dengan perjalanan penyakit yaitu kecemasan, Depresi, perasaan terisolasi, berkurangnya dukungan social, marah terhadap diri sendiri dan orang lain, takut bila ada orang lain mengetahui penyakitnya , khawatir dengan biaya perawatan, dan malu, serta penyangkalan penggunaan obat-obatan. Klien merasa cemas dengan prognosis buruk kematian, harga diri rendah dan tidak berharga, menunjukkan sikap tertutup malu dengan stigma sebagai ODHA (orang dengan HIV/AIDS).

Perawat mempunyai peran penting untuk memberi dukungan interpersonal dan sosial cultural pada klien ODHA. Memahami respon klien karena tekanan psikologis maka sebagai perawat professional perlu menguasai aspek psikososial dan keperawatan jiwa. Adanya pemberian dukungan emosional secara aktif dalam mempertahankan dan memperbaharui informasi HIV/AIDS agar pasien bisa mengeksplorasi perasaannya dengan mengidentifikasi terjadinya HDR pada ODHA karena adanya stigma negative di masyarakat. Sehingga perawat dapat melakukan perawatan secara komprehensif dan berkualitas untuk mengidentifikasi akibat stigma dimasyarakat sebagai factor penyebab serta mencegah komplikasinya.

## **B. MASALAH PENELITIAN**

LSM PKBI Jakarta merupakan salah satu tempat sebagai wadah ODHA mengeksplorasi perasaannya kepada sesama penderita karena adanya perasaan senasib sehingga LSM menjadi salah satu tempat perawat sebagai fasilitator yang dapat mengidentifikasi rentang psikologis ODHA mulai dari adatif sampai ke maladatif karena adanya stigma tersebut di masyarakat dengan memberikan dukungan menyeluruh dan mencegah epideminya di masyarakat.

Walaupun demikian, tetap terjadi peningkatan kasus HIV/AIDS terutama DKI-Jakarta dari tahun ke tahun.

Adanya stigma tentang ODHA di masyarakat yang cenderung negative menjadi masalah tersendiri dari segi psikologisnya kemudian berkembang menjadi HDR pada ODHA. Penyusun ingin meneliti sejauh mana keterkaitan tersebut untuk dapat memberikan pelayanan secara kompeherensif yaitu biologi psikologi sosial dan budaya yang menjadi acuan bagi perawat yang professional dalam merawat klien HIV/AIDS. Karena factor psikologi memiliki peranan penting untuk memudahkan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada ODHA. Dalam membina hubungan saling percaya antara perawat dan ODHA ( komukasi terapeutik ) demi meningkatkan, mengembangkan, dan memperkaya pengetahuan dalam memberikan asuhan keperawatan pada ODHA.

### **C. TUJUAN PENELITIAN**

#### **1. Tujuan umum**

Untuk mengetahui sejauh mana hubungan stigma negatif tentang ODHA di masyarakat mengakibatkan HDR situasional pada ODHA.

#### **2. Tujuan khusus**

- a. Penyusun dapat mengidentifikasi hubungan antara stigma dan terjadinya HDR sebagai penyebab kasus psikologis pada ODHA
- b. Penyusun dapat mengantisipasi adanya komplikasi akibat HDR situasional pada klien ODHA

### **D. MANFAAT PENELITIAN**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat :

#### **1. Di bidang pelayanan**

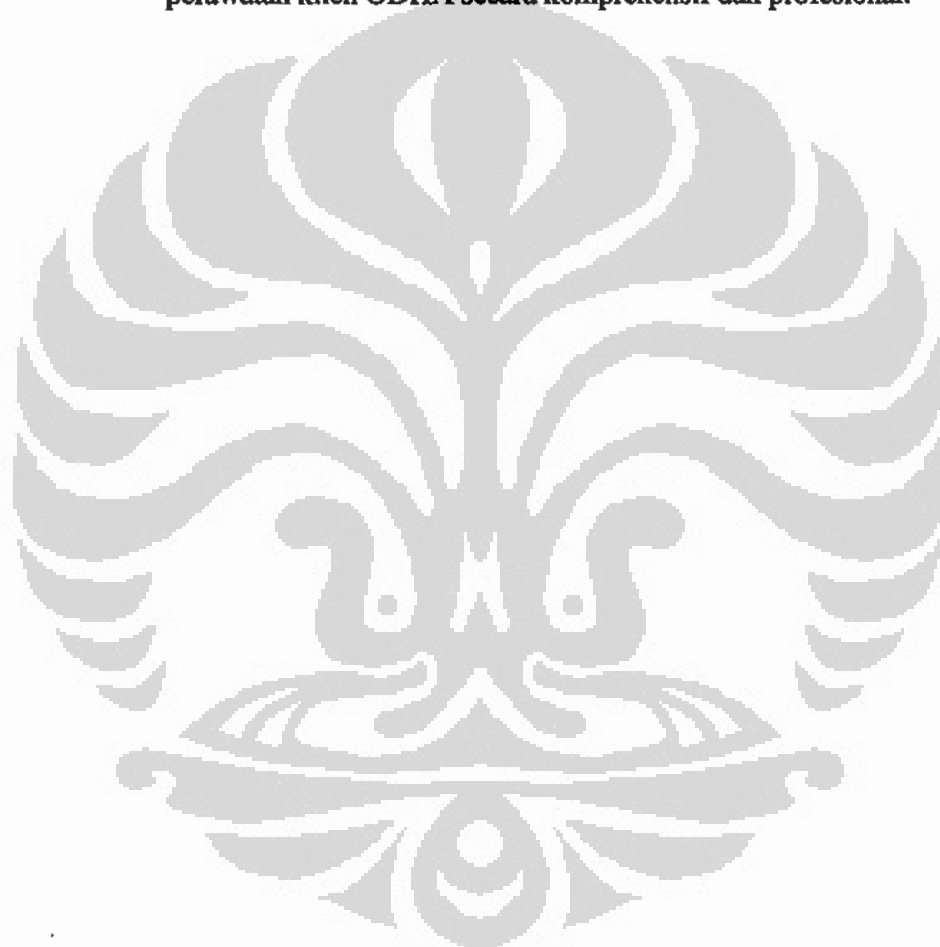
Menambah pengetahuan dan penerapan asuhan keperawatan dari segi psikis klien ( Asuhab keperawatan jiwa ) ODHA sehingga dapat mengidentifikasi terjadinya HDR situasional akibat stigma dan memberikan pelayanan keperawatan secara komprehensif guna meningkatkan peran perawat.

2. Di bidang pendidikan dan pengetahuan

Hasil penelitian ini dapat menggambarkan hubungan stigma negatif tentang ODHA dimasyarakat dan hubungannya sehingga dapat menyebabkan HDR situasional pada ODHA untuk menerapkannya di bidang keperawatan.

3. Di bidang penelitian

Menjadi data yang objektif untuk memotivasi penelitian selanjutnya tentang HIV/AIDS dari berbagai aspek guna meningkatkan pengetahuan perawatan klien ODHA secara komprehensif dan profesional.



**Universitas Indonesia**



## **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

### **A. KONSEP TEORI TERKAIT**

#### **1. Stigma HIV/AIDS**

Goffman (1963) menggambarkan stigma ialah atribut yang mengabaikan suatu kelompok sosial dalam berinteraksi sehingga menimbulkan perilaku diskriminatif, yang terbagi atas tiga kategori stigma yaitu :

- a. Abdominasi tubuh, kelainan fisik yang bervariasi, dianggap tidak sesuai oleh komunitas.
- b. Menyalahkan karakter individu, kesalahan karakter individu ialah individu melakukan penyimpangan seksual, Misalnya : homoseksual, mengalami kelainan mental/psikologis, menjadi pecandu alkohol/narkotika, berencana bunuh diri, atau menjadi perilaku politik yang radikal. Kesalahan-kesalahan tersebut terjadi karena masing-masing individu memiliki karakteristik seperti mudah menyerah, keras kepala, curang, kepercayaan yang fanatik, dan tidak jujur.
- c. Stigma Ras, Bangsa dan Agama. Dipercayai bahwa individu akan selalu dipengaruhi oleh garis keturunan. ras, bangsa, dan agama yang secara bersama-sama akan mempengaruhi semua anggota keluarga.

Menurut Goffman (1963) dan berbagai macam hasil penelitian ada 4 derajat stigma terhadap HIV/AIDS, yaitu :

- a. Penderita harus bertanggung jawab atas sakit yang diciptakannya sendiri.
- b. Penyakit tersebut bersifat progresif (memburuk) dan tidak dapat disembuhkan
- c. Penyakit tersebut dapat di pahami dengan baik oleh masyarakat
- d. Tanda dan gejala penyakit tersebut tidak dapat disembunyikan

Stigma adalah suatu alat pengontrol sosial paling kuat yang digunakan untuk membatasi/meniadakan sesuatu, dan merupakan kekuatan individu dengan berbagai karakteristik tertentu yang berbeda. Stigma HIV-

AIDS berhubungan dengan pengetahuan, persepsi, sikap, dan perilaku serta kepercayaan dari keluarga atau orang lain, orang yang dicintai dan komunitas yang tidak menyenangkan terhadap penderita HIV/AIDS positif. Hal tersebut terjadi karena pola berpikir yang penuh prasangka, seperti dalam mengevaluasi, mengabaikan, kehilangan kepercayaan dan diskriminasi terhadap kelompok sosial (misalnya homoseks, pengguna obat-obatan narkotik dengan jarum suntik secara bergantian, pekerja seks). Yang menjadi penyebab dan pembawa virus HIV/AIDS di masyarakat, hal itu menjadi faktor timbulnya stigma. Saat menyalahkan seseorang/kelompok sosial tertentu atas kejadian yang terjadi maka akan menimbulkan persepsi dan perilaku pada komunitas lain yang ingin terlihat dan merawat individu/kelompok tertentu.

Sedangkan menurut UNAIDS, faktor-faktor yang menyebabkan masyarakat memiliki stigma demikian ialah:

- a. ODHA selamanya akan sakit, membawa penyakit dan memerlukan perawatan untuk selamanya
- b. Banyak individu yang takut dengan penderita HIV/AIDS positif
- c. Penyakit HIV/AIDS berhubungan dengan perilaku yang buruk (misalnya homoseksual, penggunaan obat-obatan narkotik dengan jarum suntik secara bergantian, seks bebas) dan kelompok tersebut sudah terstigma sebelumnya.
- d. Orang dengan positif HIV/AIDS merupakan sumber infeksi dan dapat menularkan pada orang lain.
- e. Menurut agama, moral, dan kepercayaan HIV/AIDS adalah penyakit hukuman bagi orang yang melakukan dosa (penyimpangan seks, seks bebas).

## **2. Harga Diri Rendah**

Menurut Erickson (1963) dalam Newman & Rewman (1991) teori psikososial memaparkan tentang perkembangan individu sebagai suatu hasil dari interaksi antara sistem sosial. Faktor yang mempengaruhi sistem

somatik adalah kematangan genetik, nutrisi, penyakit, dan kebiasaan hidup (kebiasaan makan, tidur, dan olah raga). Faktor yang mempengaruhi sistem ego adalah informasi genetik, pengalaman hidup dan pengendalian diri sendiri. Faktor yang mempengaruhi sistem sosial adalah hubungan interpersonal, spritual, budaya, harapan-harapan di masyarakat, keluarga, politik, dan kedamaian.

Menurut Depkes RI (1997) masalah psikososial dapat diartikan sebagai setiap perubahan individu baik yang bersifat psikologi maupun sosial yang mempunyai pengaruh timbal balik dan dianggap mempunyai pengaruh cukup besar sebagai faktor terjadinya gangguan kesehatan atau gangguan jiwa secara nyata. Teori sangat relevan dengan penelitian ini, dimana respon psikososial klien HIV-AIDS mempunyai hubungan antara stigma dan gangguan konsep harga diri rendah.

Harga diri adalah penilaian individu tentang pencapaian diri dengan menganalisis seberapa jauh perilaku sesuai dengan ideal diri/cita-cita/harapan langsung menghasilkan perasaan berharga (Keliat, 1998). Harga diri adalah penilaian individu tentang nilai personal yang diperoleh dengan menganalisa seberapa baik perilaku seseorang sesuai dengan ideal diri. Harga diri yang tinggi adalah perasaan yang berakar dalam penerimaan diri sendiri tanpa syarat, walaupun melakukan kesalahan, kekalahan dan kegagalan tetap merasa sebagai seorang yang penting dan berharga (Stuart & Sundeen, 1999).

Keliat (1998) menjelaskan bahwa gangguan harga diri dapat digambarkan sebagai perasaan negatif terhadap diri sendiri, hilang kepercayaan diri, merasa gagal mencapai keinginan. Gangguan harga diri disebut juga dengan harga diri rendah/penurunan harga diri yang dapat terjadi secara :

- a. Situasional, yaitu ; terjadi trauma yang tiba-tiba misalnya harus operasi, kecelakaan, menderita penyakit, perceraian, putus sekolah, putus hubungan kerja, perasaan malu karena sesuatu terjadi seperti korban perkosaan, dituduh korupsi/KKN, dipenjara tiba – tiba. Pada klien HIV-AIDS dapat terjadi harga diri rendah karena harapan akan

hidup, stigma negatif tentang ODHA, diskriminasi sosial, dan perlakuan petugas kesehatan yang tidak menghargai, misalnya kurangnya pelatihan / pengetahuan dan kecemasan tinggi pada petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan untuk klien HIV-AIDS.

- b. Kronik, yaitu perasaan negatif terhadap diri sendiri setelah berlangsung lama, yaitu sebelum sakit/dirawat, klien ODHA ini mempunyai cara berpikir yang negatif, kejadian sakit penyakit yang tidak dapat disembuhkan dan dirawat akan menambah persepsi negatif terhadap diri ODHA.

Stuart & Sundeen, (1995) di kutip dalam Depkes, (2002) mengemukakan bahwa perilaku yang berhubungan dengan harga diri rendah adalah sebagai berikut : mengkritik diri sendiri atau orang lain, produktivitas menurun, destruktif pada orang lain, gangguan dalam hubungan interpersonal, merasa diri lebih penting, merasa tidak layak, rasa bersalah, mudah tersinggung dan cepat marah, perasaan negatif terhadap diri sendiri, pandangan hidup yang pesimis, keluhan-keluhan fisik, pandangan hidup terpolarisasi, mengingkari kemampuan diri sendiri, isolasi sosial, penyalahgunaan zat, menarik diri dari realitas, khawatir dan ketegangan peran.

Klien yang menderita HIV/AIDS bila psikososialnya tidak diidentifikasi sejak dini. Hal tersebut akan menimbulkan gangguan harga diri rendah yang ditunjukkan adanya perasaan tidak percaya diri, malu, harga diri rendah, dan tidak mengakui aspek positif pada diri ODHA. Harga diri rendah adalah individu cenderung untuk menilai dirinya negatif dan merasa lebih rendah dari orang lain (Stuart & Sundeen, 1998).

### 3. HIV/AIDS

HIV (Human Immunodeficiency Virus), AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) adalah penyakit menahun dan fatal disebabkan oleh HIV yang ditandai oleh berbagai defek imunologik. Defek yang paling buruk adalah kehilangan seluruh system kekebalan/ imunitas

tubuh (Pringgouomo dkk, 2002). HIV tidak dapat hidup pada udara ataupun air sehingga seseorang tidak akan tertular hanya jika hidup dengan penderita/pengidap HIV (ODHA).

Penularan HIV dapat terjadi melalui hubungan seksual, jarum suntik, tranfusi darah, dan komponen darah melalui pemeriksaan antibody terhadap HIV sebelumnya. Pencegahan di kalangan pengguna narkotika suntikan melalui pendekatan HAM Redection yaitu upaya untuk mengurangi penularan penyakit melalui jarum suntik dengan cara pembagian jarum suntik steril serta mengajarkan prinsip sterilisasi. Sedangkan upaya untuk pencegahan penularan HIV dari ibu ke bayinya dapat dilakukan dengan pemberian obat anti Retroviral Azidotimidin dan persalinan melalui pembedahan.

Menurut global program on AIDS dari badan kesehatan dunia atau WHO (1999), pembagian klinis infeksi HIV adalah :

- a. Tingkat klinis I (asimtomatik atau P 6 L) tanpa gejala sama sekali yakni waktu asimtomatik bervariasi untuk setiap klien, bervariasi untuk setiap klien, umumnya rata-rata 7-10 tahun. Limfadenopati generalisata persisten/LGP yakni pembesaran kelenjar getah bening di beberapa tempat yang menetap. Pada tingkat ini ODHA belum mencapai keluhan dan dapat melakukan aktifitas dengan normal.
- b. Tingkat klinis II (dini) penurunan berat badan kurang dari 10%, kelainan kulit dan mukosa yang ringan seperti dematitits seboroik, prurigo, onikomikosis, ulkus oaral yang rekuren, khelitis angularis. Herpes Zoster yang timbul pada 5 tahun sekali. Infeksi saluran pernafasan bagian atas seperti sinusitis Bakterialis. Pada tingkat ini sudah menunjukkan gejala tetapi aktifitas tetap normal.
- c. Tingkat klinis III (menengah) penurunan berat badan lebih dari 10%, diare kronis yang berlangsung lebih dari 1 bulan dengan penyebab yang tidak diketahui. Demam yang berkepanjangan lebih dari satu bulan, dapat hilang timbul maupun terus menerus. Kandidiasis orofaringeal, bercak putih berambut di mulut (oral hairy lekoplakia). Tuberkulosis paru dalam tahun terakhir. Infeksi bakterial yang hebat, seperti

Pneumonia, piomiositis pada tingkat ini biasanya klien berbaring di tempat tidur lebih dari 12 jam sehari.

- d. Tingkat klinis IV (lanjut) HIV Wasting Syndrome, yaitu berat badan lebih dari 10% ditambah diare kronis lebih dari 1 bulan atau demam lebih dari 1 bulan yang tidak disebabkan oleh penyakit lain. Pneumonia pneumocystis carinii, toksoplasmosis otak, diare kriptosporiosis lebih dari 1 bulan, retinitis virus sitomegali, herpes simpleks mukokutan lebih dari 1 bulan, leukoensefalopati multifokal progresif, mikosis disseminata seperti histoplasmosis, kandidiasis di esofagus, trakea, bronkus, dan paru, mikobakteriosis atipika disseminata, septikemia salmonellosis nontypoid, tuberkulosis di luar paru, limfoma, sarkoma kaposi, ensefalopati HIV.

#### 4. Penanganan HIV – AIDS

Penanganan HIV-AIDS melalui berbagai macam pendekatan, baik secara medis, psikologis, sosial, dan spritual. Secara medis karena belum ada obat yang efektif dan terjangkau oleh masyarakat, maka pengobatan terutama ditujukan kepada pencegahan dan tetapi penyakit lain mungkin menyertainya dengan tujuan mempertahankan kualitas hidup klien sebagai anggota keluarga dan anggota masyarakat agar tetap optimal. Terapi yang diberikan sesuai dengan tahapan atau kategori klinis dari infeksi. Hal ini dapat dilaksanakan di rumah atau pada setiap saran pelayanan kesehatan seperti puskesmas, dokter praktek swasta atau rumah sakit, ( Depkes RI, 1997 ).

Pengobatan khusus meliputi : Pengobatan anti retroviral yaitu : (1) Obat penghambat reverse transcriptase, nukleosida, diantaranya adalah Zidovudine, Didonasine, Zalcitabine, Stavudine, dan Lamivudine, (2) obat penghambat reverse transcriptase, non nukleosida, diantaranya Neviravine dan Efavirens, (3) Obat penghambat protase, diantaranya Indinavir, Saguinavir, Ritonavir, Nelfinavir, selain obat-obat tsb juga diberikan pengobatan infeksi jamur, TBC, protozoa, dan pengobatan kanker. Pengobatan ini perlu diberikan secara intensif dan tidak boleh dalam dosis

tunggal, karena akan membuat resistensi virus. Sedangkan obat-obat tersebut cukup mahal, yakni memerlukan biaya sekitar 8 – 12 juta/bulan, sehingga akan memperberat aspek psikososial klien, seperti cemas, khawatir dengan biaya pengobatan, merasa marah pada diri sendiri dan orang lain, menunjukkan sikap bermusuhan, sulit tidur dan putus asa.

Selain pengobatan medis di perlukan pengobatan pendukung yang meliputi :

a. Secara Psikologis

Setiap klien HIV – AIDS memerlukan dukungan psikologis baik dari keluarga maupun dari tenaga kesehatan lainnya, salah satu cara keluarga dalam memberikan bantuan untuk mengatasi masalah psikologis yang dihadapi klien adalah dengan menerima keadaan kondisi sakitnya. Tenaga kesehatan dapat memberikan bantuan untuk penyesuaian diri klien dengan konseling (Machdi, 1996). Masalah-masalah yang dikonsulkan adalah masalah yang terkait dengan aspek psikososial ODHA karena stigma di masyarakat mempengaruhi menjadi HDR.

b. Secara Sosial

Dalam kehidupan bermasyarakat, biasanya klien HIV/AIDS mendapat diskriminasi di lingkungan tempat tinggal/tempat kerjanya, bahkan kadang privasinya pun terganggu oleh sebab itu, bagi klien HIV/AIDS tidak hanya dalam hal psikologis saja. Dalam bermasyarakat pun klien membutuhkan dukungan seperti dalam pekerjaan, sosialisasi maupun masalah hukum (Depkes RI, 199). Belum tersosialisasinya cara pencegahan penyakit ini dan stereotipe klien HIV/AIDS membuat mereka mengalami diskriminasi dalam pelayanan, sosialisasi maupun masalah hukum.

c. Dukungan Spritual

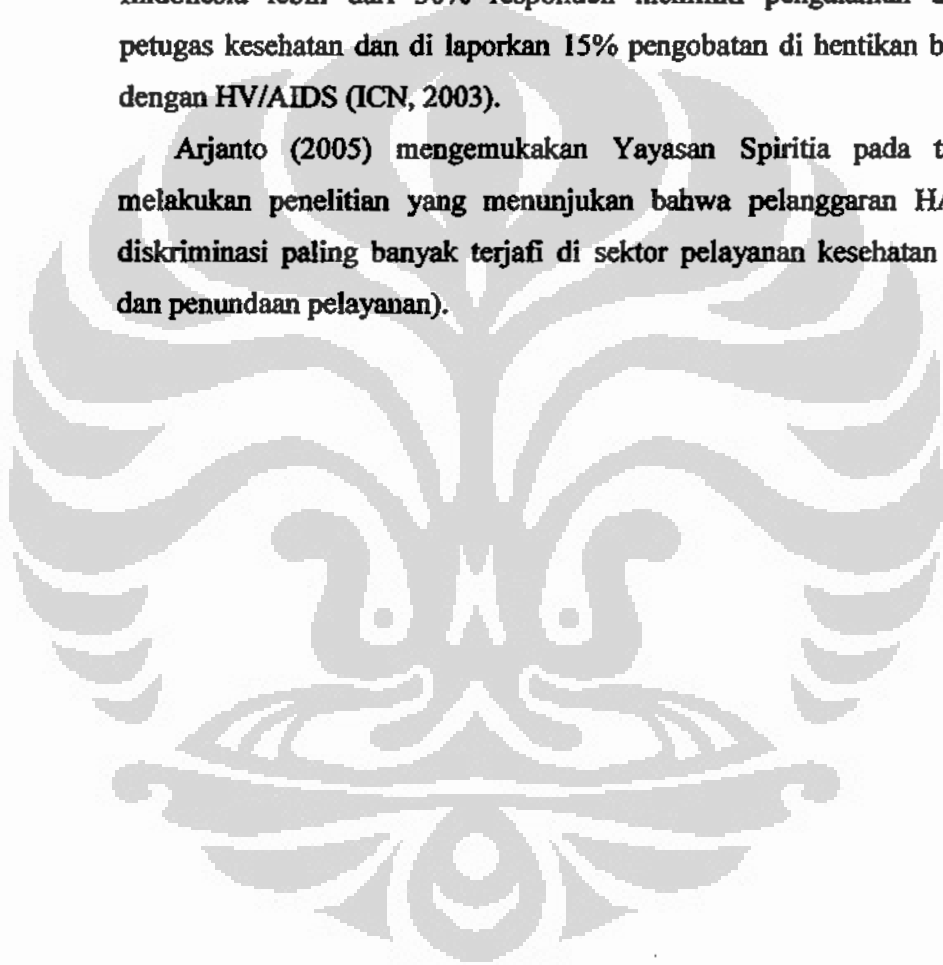
Dewasa ini perkembangan terapi didunia kedokteran sudah berkembang kearah pendekatan agama (Psikoreligius). Dari berbagai penelitian yang telah dilakukan, ternyata tingkat keimanan seseorang erat hubungannya dengan kekebalan dan daya tahan dalam

menghadapi berbagai problem kehidupan yang merupakan stressor psikososial (Hawari, 2001). Bentuk dukungan sosial yang diberikan dirumah sakit dengan cara mendatangkan ahli agama, agar klien dapat menemukan kembali jati dirinya dan lebih dekat dengan sang pencipta.

#### **B. Penelitian Terkait**

Menurut Kellr (1999) dalam berbagai penelitiannya telah menemukan keterkaitan antara psikososial dengan kasus HIV/AIDS. Pada studi di Indonesia lebih dari 30% responden memiliki pengalaman ditolak oleh petugas kesehatan dan di laporkan 15% pengobatan di hentikan berhubungan dengan HIV/AIDS (ICN, 2003).

Arjanto (2005) mengemukakan Yayasan Spiritia pada tahun 2004 melakukan penelitian yang menunjukkan bahwa pelanggaran HAM berupa diskriminasi paling banyak terjafi di sektor pelayanan kesehatan (penolakan dan penundaan pelayanan).





## BAB III KERANGKA KONSEP PENELITIAN

### A. KERANGKA KONSEP

Kerangka konsep yang di gunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan sistem merupakan suatu tertahan terdiri dari berbagai unsur atau komponen yang mempunyai tujuan dan makna (Burns, 1993). Sistem adalah proses yang terjadi akibat adanya input, proses, dan selanjutnya akan menghasilkan suatu output.

Pemahaman perawat tentang stigma negative pada ODHA merupakan proses yang dapat menyebabkan harga diri rendah pada klien HIV / AIDS.

#### Bagan Kerangka Konsep

Input	Proses	Output
Stigma negative tentang ODHA di masyarakat =>	Stigma menjadi HDR =>	- Ya (>51%) - Tidak (<51%)

### B. PERTANYAAN PENELITIAN/HIPOTESIS

Berdasarkan kerangka konsep diatas maka pertanyaan penelitiannya adalah sejauh mana hubungan Stigma dengan harga diri rendah pada klien HIV/AIDS

Variabel penelitian adalah sesuatu yang menjadi objek atau pusat perhatian penelitian. Dari pertanyaan tersebut diatas dapat ditentukan bahwa variabelnya adalah variabel Independen dan adalah variabel dependen yang merupakan bivariat yakni memiliki 2 variabel.

### C. DEFINISI OPERASIONAL

Pemahaman adalah suatu kemampuan yang di miliki oleh perawat untuk dapat menyebutkan, mengungkapkan makna dari pengaruh stigma negative tentang ODHA di masyarakat menyebabkan terjadinya HDR

### 1. Alat ukur

Untuk memperoleh data hubungan stigma dengan HDR pada klien HIV/AIDS memaparkan cara ukur dengan menanyakan kepada ODHA tentang perubahan psikologis yang dialaminya di LSM PKBI Jakarta. Instrumen yang dipakai dalam penelitian ini adalah berupa Quesioner Selalu (setiap hari saya memikirkannya), Kadang (tidak setiap hari saya memikirkannya), Pernah (sekali terlintas dipikiran saya), Tidak pernah.

### 2. Hasil ukur

Hasil ukur yang diperoleh adalah Ya adanya hubungan dan Tidak adanya hubungan, antara stigma dengan harga diri rendah pada klien HIV/AIDS.

### 3. Skala Ukur

Penelitian ini akan menggunakan skala ukur ordinal yakni dengan adanya 4 pilihan Selalu (setiap hari saya memikirkannya), Kadang (tidak setiap hari saya memikirkannya), Pernah (sekali terlintas dipikiran saya), Tidak pernah.

## **BAB IV METODE PENELITIAN**

### **A. Desain Penelitian**

Pada bab ini akan dijelaskan mengenai metode penelitian yang akan digunakan serta prosedur yang akan dijelaskan selama melakukan penelitian. Diseaian yang di gunakan adalah metode deskriptif korelasi yang bertujuan untuk mendapatkan gambaran tetang hubungan stigma dengan harga diri rendah pada klien HIV/AIDS.

### **B. Populasi dan Sampel**

Populasi penelitian ini adalah ODHA di LSM PKBI. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini diambil secara acak. Rencana pengambilan sampel sebanyak 30 orang responden, dengan alasan jumlah ini adalah jumlah minimal yang dapat di gunakan jika jumlah populasi yang terlalu banyak dan tidak diketahui (BURNS, 1999). Hal ini tidak terlepas dari keterbatasan dari segi tenaga, waktu, dan kemampuan yang dimiliki peneliti.

### **C. Pengukuran dan Pengamatan**

Untuk mendapatkan data Hubungan Stigma dengan Harga Diri rendah Situasional pada ODHA, peneliti menggunakan pengukuran melalui Quisioner. Dengan isi quisioner terdiri dari 2 bagian yaitu bagian pertama berupa data demografi dan bagian kedua berisi pertanyaan yang dapat menghasilkan pengamatan untuk menjadi gambaran iya atau tidak adanya hubungan Stigma dengan harga diri rendah pada klien HIV/AIDS.

### **D. Pengumpulan Data**

1. Pengumpulan data dilakukan setelah peneliti mendapatkan ijin dari LSM PKBI Jakarta
2. Studi penelitian mengenalkan diri peneliti dan menjelaskan tujuannya serta prosedur penelitian yang akan dilakukan, responden menerima seperangkat

instrumen penelitian yang terdiri dari permohonan kepada responden, persetujuan menjadi responden dan Quisioner.

3. Responden diperkenankan membaca seluruh pertanyaan setelah menandatangani persetujuan menjadi responden dan diberi kesempatan untuk bertanya.
4. Pada saat responden mengisi Quisioner, peneliti mengobservasi tingkah laku yang muncul sesuai item yang terdapat dalam Quisioner.
5. Quisioner yang telah diisi dikumpulkan kembali pada hari yang sama untuk kemudian dilakukan perhitungan dan analisa.

#### E. Analisa Data

Data yang telah di kumpulkan di analisa sesuai penelitian dengan menggunakan metode :

##### 1. Menggunakan rumus

###### a. Mean

Mean merupakan penjelasan kelompok yang didasarkan atas nilai rata-rata dari kelompok tersebut. Rata-rata ( Mean ) ini didapatkan dengan menjumlahkan data seluruh individu dalam kelompok itu kemudian dibagi dengan jumlah individu yang ada pada kelompok tersebut, menurut Suguiono 1997.

$$Me = \frac{CXI}{N}$$

Keterangan :

Me : Mean ( rata - rata )

C : Epsilon ( baca jumlah )

X : Nilai X ke I sampai ke n

N : Jumlah Individu

###### b. Median

Median adalah salah satu tehnik penjelasan kelompok yang didasarkan atas nilai titik tengah dari sekelompok data yang telah disusun urutannya dari yang terkecil sampai yang terbesar atau

sebaliknya dari yang terbesar sampai yang terkecil, menurut Sugion 1997.

## 2. Menghitung rumus

Setelah semua data dikumpulkan kemudian diolah serta dihitung untuk mendapatkan hasil.

## 3. Membuat kesimpulan

Setelah mendapatkan hasil, maka dibuat kesimpulan dengan menjawab penelitian. Hasil didapatkan dari jawaban pertanyaan yaitu berupa pernyataan Ya atau Tidak. Adanya hubungan Stigma dengan Harga diri rendah situasional pada klien HIV/AIDS di LSM PKBI Jakarta.

## F. Etika Penelitian

Sebelum melakukan penelitian, peneliti harus memberikan penjelasan untuk meminta persetujuan dari responden. Bila responden telah setuju di minta menandatangani lembar persetujuan setelah diberikan penjelasan tentang penelitian yang di maksud. Dalam meminta persetujuan dari responden tidak boleh ada unsur paksaan dan ancaman kepada responden tersebut.

## G. Jadwal Kegiatan

Tabel IV. 1 Jadwal kegiatan penelitian

No	Jadwal Kegiatan	Maret					April				Mei				
		I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	I	II	III	IV	
1.	Pengajuan judul	X		X											
2.	Identifikasi masalah			X	X										
3.	Studi kepustakaan					X	X	X							
4.	Penyusunan proposal	X	X	X	X	X	X	X	X						
5.	Penyerahan proposal											X			
6.	Persiapan perijinan						X	X	X	X					
7.	Pengumpulan data										X	X	X		
8.	Pengolahan data										X	X	X		
9.	Penyusunan laporan										X	X	X	X	
10.	Penyerahan laporan akhir														X

## BAB V HASIL PENELITIAN

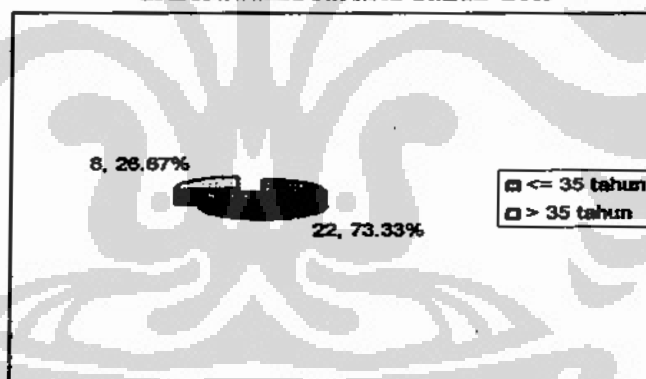
Bab ini menyajikan analisa data yang diperoleh dari hasil analisa data dari hasil survei lapangan yang dilaksanakan di LSM PKBI Jakarta mulai bulan mei 2009. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tentang hubungan stigma dengan harga diri rendah pada klien HIV/AIDS. Pengumpulan dengan menggunakan sampel yang berjumlah 30 orang yaitu ODHA sebagai anggota pembinaan di LSM BKBI Jakarta. Hasil analisa dalam bentuk univariat dan bivariat disajikan sebagai berikut:

### A. Analisa Univariat

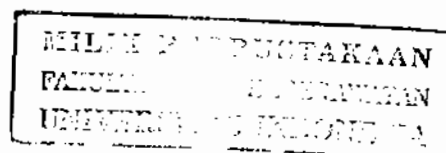
#### 1. Gambaran data Demografi

Karakteristik personal pada penelitian ini dapat dilihat pada gambar diagram distribusi frekuensi di bawah ini.

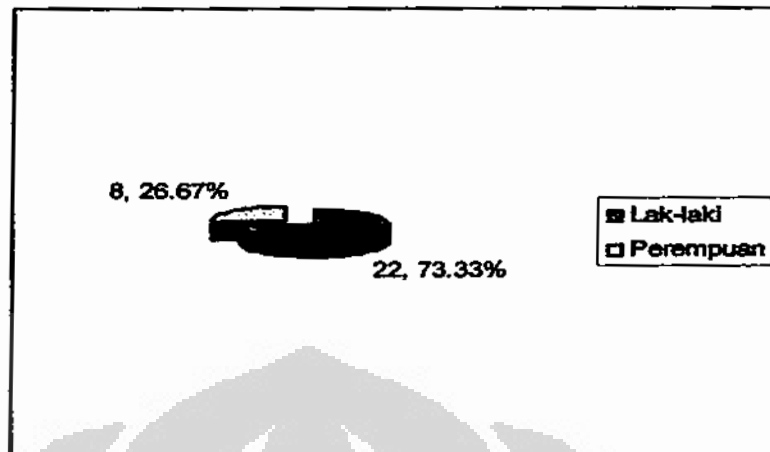
**Diagram V.1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur di LSM PKBI Jakarta Tahun 2009**



Hasil analisa Gambar V.1 menunjukkan bahwa dari 30 responden, kelompok umur > 35 tahun merupakan terbanyak 26,67% dan kelompok umur <=35 tahun sebanyak 73,33%.

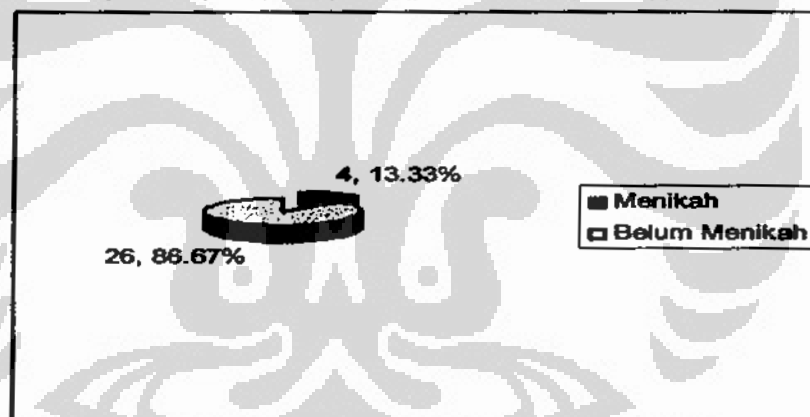


**Diagram V.2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di LSM PKBI Jakarta Tahun 2009**



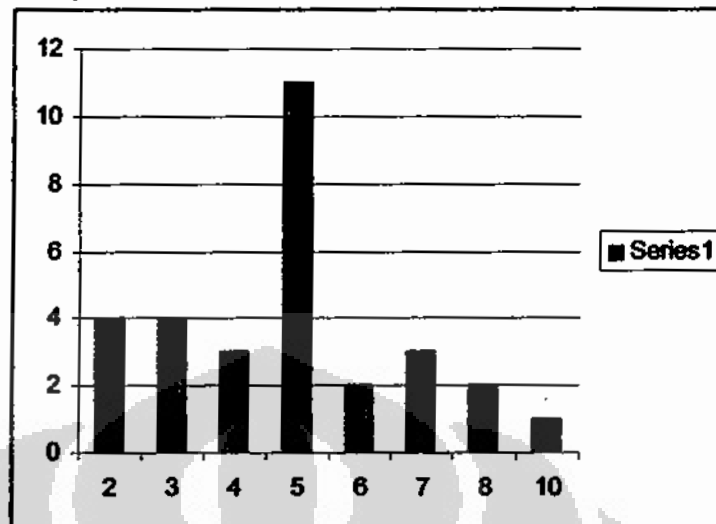
Hasil analisa Gambar V.2 menunjukkan bahwa dari 30 responden, jenis kelamin laki-laki sebanyak 73,33% dan jenis kelamin perempuan sebanyak 26,67%

**Diagram V.3. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Status Pernikahan di LSM PKBI Jakarta Tahun 2009**



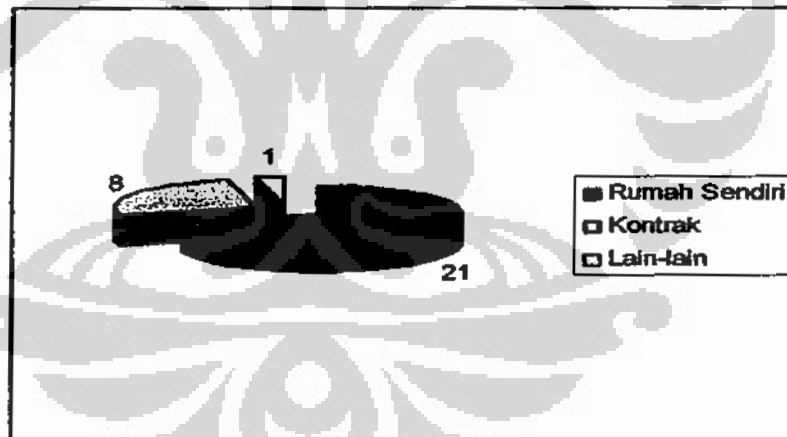
Hasil analisa Gambar V.3 menunjukkan bahwa dari 30 responden, belum menikah sebanyak 86,67% dan menikah sebanyak 13,33.

**Diagram V.4. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jumlah Keluarga Yang dalam Satu Rumah di LSM PKBI Jakarta Tahun 2009**



Hasil analisa Gambar V.4 menunjukkan bahwa dari 30 responden, jumlah terbanyak yaitu 36,67% orang responden tinggal serumah dengan jumlah keluarga 5 orang dan terdikit yaitu 3,33% orang responden tinggal serumah dengan jumlah keluarga 10 orang

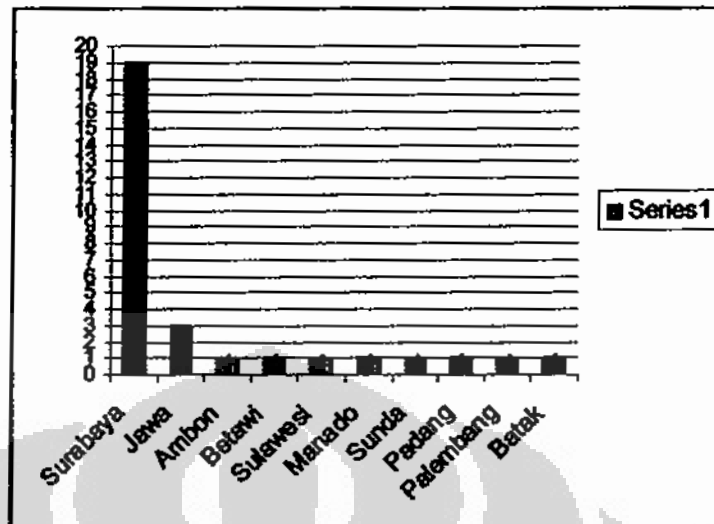
**Diagram V.5. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tempat tinggal di LSM PKBI Jakarta Tahun 2009**



Hasil analisa Gambar V.5 menunjukkan bahwa dari 30 responden, rumah sendiri sebanyak 70%, Kontrak sebanyak 26,67%, dan lain-lain sebanyak 3,33%.

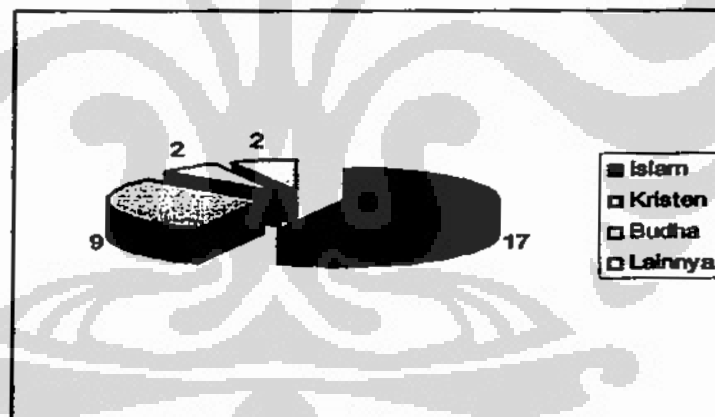


**Diagram V.6. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Suku di LSM PKBI Jakarta Tahun 2009**



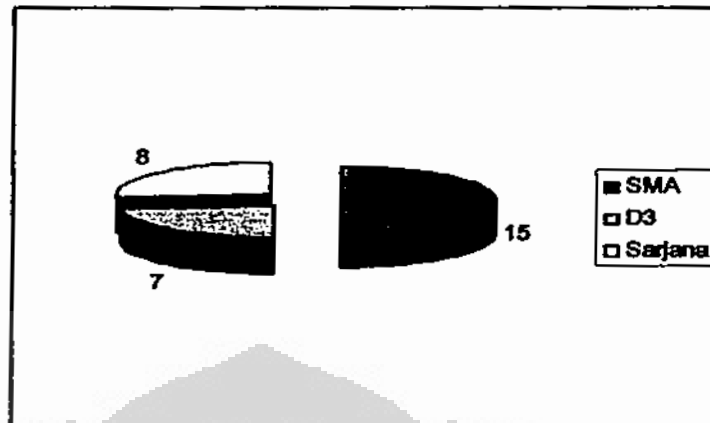
Hasil analisa Gambar V.6 menunjukkan bahwa dari 30 responden, Jumlah terbanyak dengan suku surabaya yaitu 63,33% dan posisi kedua oleh suku jawa sebanyak 10%

**Diagram V.7. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Agama di LSM PKBI Jakarta Tahun 2009**



Hasil analisa Gambar V.7 menunjukkan bahwa dari 30 responden, beragama islam sebanyak 56,67%, Kristen 30%, Budha 6,67%, dan lainnya sebanyak 6,67%.

**Diagram V.8. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir di LSM PKBI Jakarta Tahun 2009**

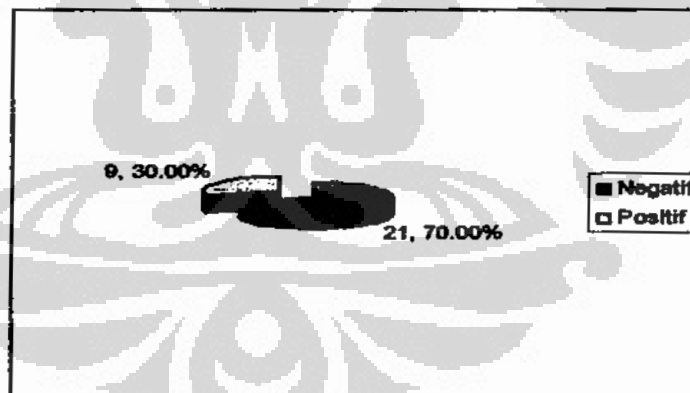


Hasil analisa Gambar V.8 menunjukkan bahwa dari 30 responden, pendidikan terakhir SMA sebanyak 50%, D3 23,33%, dan Sarjana 26,67%.

## 2. Gambaran Stigma dan HDR

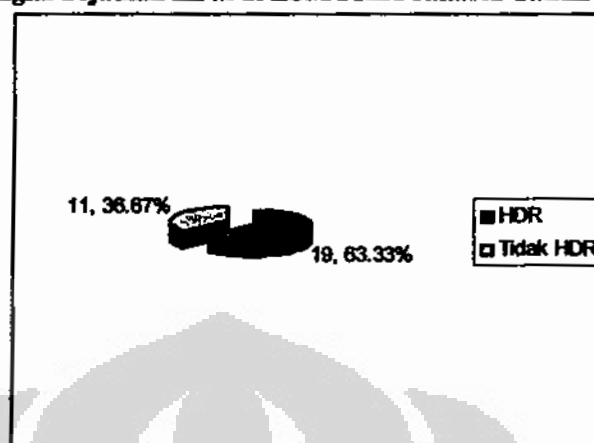
Gambaran stigma dan angka kejadian dapat dijelaskan melalui diagram distribusi frekuensi di bawah ini.

**Diagram V.9. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Stigma di LSM PKBI Jakarta Tahun 2009**



Hasil analisa menunjukkan bahwa dari 30 responden, Stigma Negatif di masyarakat terhadap ODHA sebanyak 70% dan Stigma Positif sebanyak 30%

**Diagram V.9. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Angka kejadian HDR di LSM PKBI Jakarta Tahun 2009**



Hasil analisa menunjukkan bahwa dari 30 responden, mengalami HDR 63,33% dan tidak mengalami HDR sebanyak 36,66

### B. Analisa Bivariat

Penyajian analisa bivariat akan memberikan gambaran ada atau tidaknya hubungan antara variabel independent dan variabel dependen dengan menggunakan uji statistik *chi-square* dengan tingkat kemaknaan 5% sehingga dikatakan hubungan bermakna jika  $p\text{-value} < 0,05$  dan tidak bermakna jika  $p\text{-value} > 0,05$ .

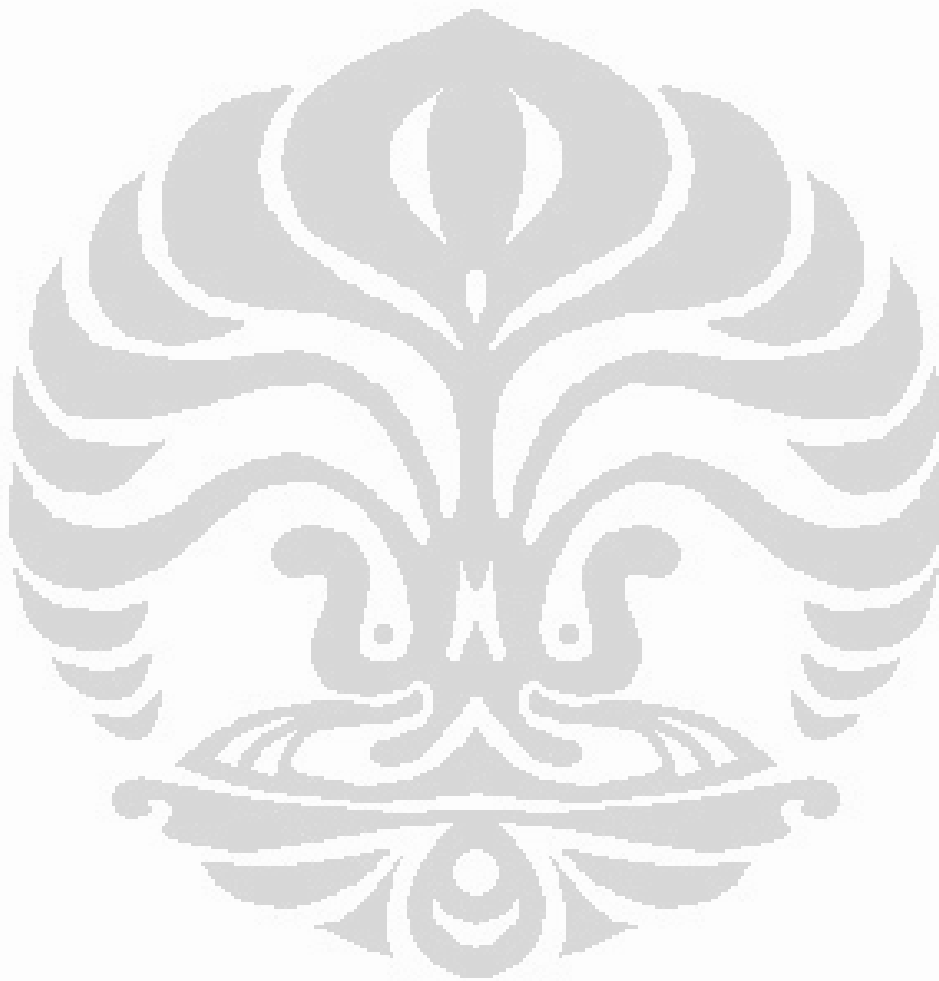
**Tabel 1.3**  
**Hubungan ODHA Hubungan Stigma dan HDR**  
**Di LSM PKBI Jakarta Tahun 2009 (N= 30)**

**Stigma \* HDR Crosstabulation**

			HDR		Total
			HDR	Tidak HDR	
Stigma	Negatif	Count	16	5	21
		% within HDR	84.2%	45.5%	70.0%
	Positif	Count	3	6	9
		% within HDR	15.8%	54.5%	30.0%
Total	Count	19	11	30	
	% within HDR	100.0%	100.0%	100.0%	

Berdasarkan tabel 1.3 diatas, dapat dilihat bahwa terdapat sebanyak 16 orang dari 30 responden (84,2%) mengalami HDR karena Stigma negatif di masyarakat. Sebanyak 5 orang dari 30 responden (45,5%) tidak mengalami

HDR. Sementara terdapat sebanyak 3 orang dari 30 responden (15,6%) mengalami HDR dengan stigma positif di masyarakat. Sebanyak 6 orang dari 30 responden (54,5%) tidak mengalami HDR. Analisa lebih lanjut diketahui bahwa ada hubungan stigma dengan harga diri rendah pada klien HIV/AIDS ( p Value 0,02; alfa = 0,05).



## BAB VI PEMBAHASAN

Dalam bab ini akan mendiskusikan lebih lanjut mengenai hasil analisa data dan pembahasannya sesuai dengan tujuan penelitian yang terkait dengan teori, konsep dan hasil penelitian pada bab studi pustaka. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi hubungan stigma dengan harga diri rendah pada klien HIV/AIDS.

### A. Interpretasi dan diskusi hasil penelitian

#### 1. Analisa Univariat

Berdasarkan analisa univariat menunjukkan bahwa responden kelompok umur  $\leq 35$  lebih banyak terinfeksi dari pada umur  $> 35$  tahun sebanyak 27 orang, jenis kelamin laki-laki lebih banyak terinfeksi dari pada jenis kelamin perempuan sebanyak 22 orang, ODHA belum menikah sebanyak 26 orang, sebanyak 11 orang ODHA tinggal dengan anggota keluarga berjumlah 5 orang, ODHA sebanyak 21 orang tinggal di rumah sendiri, ODHA di dominasi oleh suku surabaya sebanyak 19 orang, Terbanyak ODHA beragama islam yaitu 17 orang, sebagian besar ODHA lulusan SMA sebanyak 15 orang, dan ODHA banyak memiliki pekerjaan lainnya sebanyak 20 orang

#### 2. Berdasarkan analisa univariat cara Analisa Bivariat

Berdasarkan analisa bivariat dengan menggunakan *chi square* dapat disimpulkan bahwa  $H_a$  diterima, yang berarti ada hubungan stigma dengan harga diri rendah pada klien HIV/AIDS  $p$  value = 0,02: alfa = 0,05. Dari hasil penelitian ini juga disimpulkan bahwa stigma negatif masyarakat tentang ODHA mempengaruhi harga diri rendah pada klien HIV/AIDS.

Menurut Goffman (1963) menggambarkan stigma ialah atribut yang mengabaikan suatu kelompok sosial dalam berinteraksi sehingga menimbulkan perilaku diskriminatif. Dari

penelitian ini responden yang menyatakan bahwa adanya hubungan stigma negatif di masyarakat tentang ODHA dan HDR.

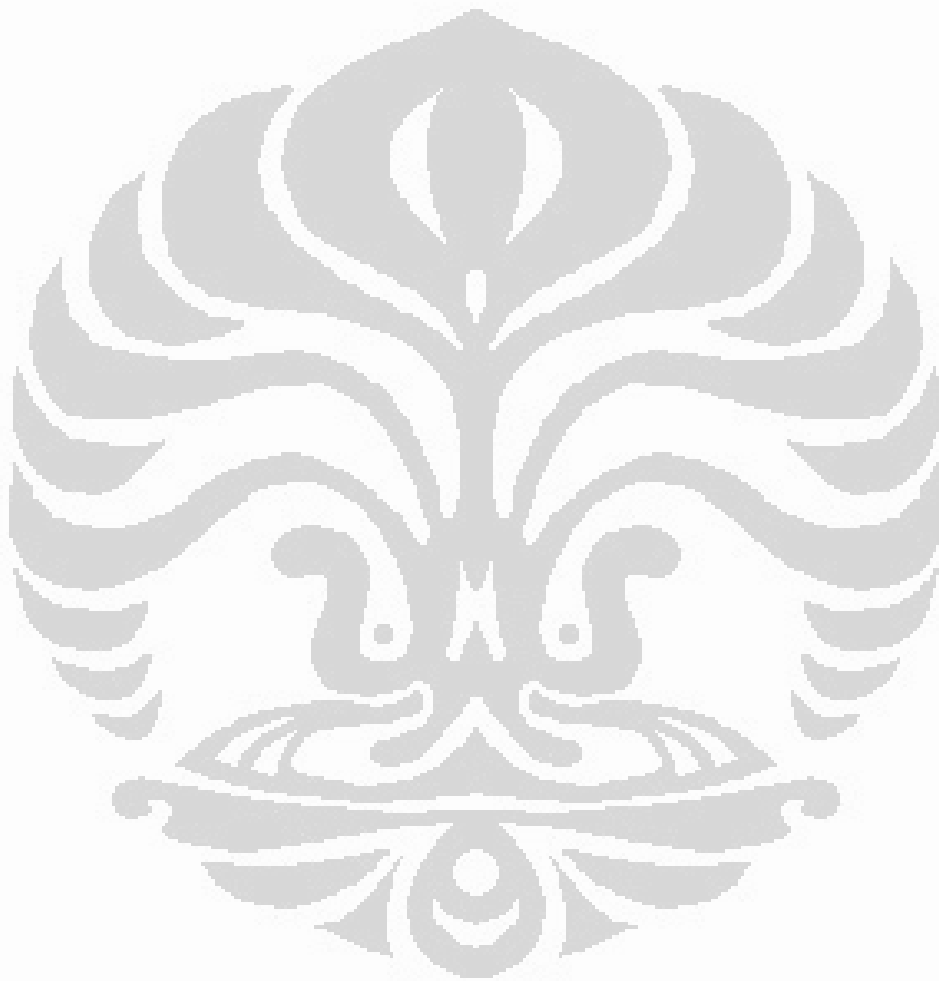
Menurut UNAIDS, faktor-faktor yang menyebabkan masyarakat memiliki stigma demikian ialah ODHA selamanya akan sakit, membawa penyakit dan memerlukan perawatan untuk selamanya, banyak individu yang takut dengan penderita HIV/AIDS positif, penyakit HIV/AIDS berhubungan dengan perilaku yang buruk (misalnya homoseksual, penggunaan obat-obatan narkotik dengan jarum suntik secara bergantian, seks bebas) dan kelompok tersebut sudah terstigma sebelumnya, orang dengan positif HIV/AIDS merupakan sumber infeksi dan dapat menularkan pada orang lain, menurut agama, moral, dan kepercayaan HIV/AIDS adalah penyakit hukuman bagi orang yang melakukan dosa (penyimpangan seks dan seks bebas)

#### **B. Keterbatasan Penelitian**

Peneliti menyadari bahwa peneliti masih banyak kekurangan dan keterbatasan, baik yang disengaja maupun tidak disengaja. Adapun keterbatasan dan kekurangan dalam penelitian ini adalah:

1. Desain penelitian ini adalah korelasi, sehingga hanya dapat melihat ada atau tidaknya hubungan antara dua variabel, tanpa mengetahui secara signifikan kekuatan dari hubungan tersebut.
2. Instrumen peneliti dikembangkan sendiri oleh peneliti berdasarkan konsep yang ada, walaupun belum memiliki standar uji reabilitas dan validitas yang baku, tidak menutup kemungkinan instrumen penelitian kurang memenuhi standar nilai validitas dan reabilitas sehingga tidak representatif dengan kondisi yang sebenarnya.
3. Data yang dikumpulkan melalui kuisioner sangat dipengaruhi oleh persepsi individu, kejujuran dan nilai – nilai yang dimiliki oleh setiap respon dalam memberikan jawaban.

4. Penelitian ini hanya dilakukan pada ODHA di LSM PKBI Jakarta saja, sehingga hasil penelitian tidak dapat digeneralisasikan untuk ODHA di LSM lain.



## **BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN**

### **A. KESIMPULAN**

Stigma di masyarakat yang negatif terhadap ODHA sangat mempengaruhi kejiwaan ODHA yaitu adanya HDR. Hubungan ini menunjukkan perlu adanya bahwa terdapat sebanyak 16 orang dari 30 responden mengalami HDR karena Stigma negatif di masyarakat. Sebanyak 5 orang dari 30 responden tidak mengalami HDR. Sementara terdapat sebanyak 3 orang dari 30 responden mengalami HDR dengan stigma positif di masyarakat. Sebanyak 6 orang dari 30 responden tidak mengalami HDR.

### **B. SARAN**

Untuk meningkatkan perawatan klien HIV/AIDS maka berdasarkan temuan hasil penelitian, beberapa saran yang dapat disampaikan peneliti yang terkait sebagai berikut: mengingat hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan stigma dengan harga diri rendah pada klien HIV/AIDS maka perawat untuk mengkaji lebih jauh psikologis dan perawatan kejiwaan klien untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan secara menyeluruh mulai dari segi bio-psiko dan sosialnya.

Salah satu faktor yang mempengaruhi pelayan kesehatan khususnya perawat harus mampu memahami psikologis ODHA dalam memberikan pelayanan. Mengingat penelitian ini masih banyak kekurangan diharapkan kepada peneliti selanjutnya dapat memberikan yang lebih baik dari penelitian ini.



## DAFTAR PUSTAKA

- AIDS Action Council. (2005). *Recommendation : stigma and HIV prevention*. <http://www.thebody.com/acc/recommendation.html>, diambil tanggal 20 Februari 2009
- Bidiarto, E. (2001). *Biostatiska untuk kedokteran dan kesehatan masyarakat*. (Cetakan I). Jakarta : EGC
- DEPKES RI. (2002). *Keperawatan jiwa : teori dan tindakan keperawatan*. (Cetakan II). Jakarta : Direktorat keperawatan dan keteknisian medik Dirjen Yan medik Depkes RI
- DEPKES RI. (2003). *Pedoman nasional perawatan, dukungan, dan pengobatan bagi ODHA*. Jakarta : Direktorat Jendral Pemberantasan Penyakit Menular & Penyehatan Lingkungan
- DEPKES RI. (2006). *Pedoman penatalaksanaan infeksi menular seksual*. Jakarta : Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit & Penyehatan Lingkungan
- Fredikson, J & Kanabus, A. (2005). *HIV & AIDS : stigma and discrimination*. <http://www.org/antistigma.html>, diambil tanggal 20 Februari 2009
- Geruya (2004). *Psikologi sosial*. Jakarta : PT Refrika Aditama
- Hawari, D. (2001). *Manajemen stress, cemas, dan depresi*. Jakarta : FK-UI
- Hikuam & Bernard. (2005). *Global action against stigma and discrimination*. <http://www.ifrc.org/what/health/hivaids/antistigma>, diambil tanggal 20 Februari 2009
- Keliat, A. B. (2006). *Hubungan terapeutik perawatan klien*. Jakarta : EGC
- Nursalam. (2003). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan : Pedoman skripsi, tesis, dan instrument penelitian keperawatan*. Jakarta : Salemba medika
- Pringgoutomo, , et all. (2002). *Buku ajar patologi I. Adisi 1*. Jakarta : Sagung seto
- Vitriawan, W. (2007). *Pengalaman pasien pertama kali terdiagnosis HIV/AIDS : sru di fenomenologi dalam perspektif keperawatan*. Jurnal Keperawatan Indonesia, Volume 11, No. 1, Maret 2007 ; 6-12
- Waluyo, A. Dkk. (2006). *Persepsi pasien HIV/AIDS dan keluarganya tentang HIV/AIDS dan stigma masyarakat terhadapnya*. Jurnal Keperawatan Indonesia, Volume 10, No. 1, Maret 2006 ; 16-23
- WHO. (2007). *Management of HIV infection and antiretroviral therapy in adults and adolescents*. New Dehli : WHO

Lampiran 1

## LEMBAR PERMOHONAN SEBAGAI RESPONDEN

Kepada

Yth : Responden

Di

Tempat

Dengan hormat,

Kami yang bertanda tangan di bawah ini:

1. Nama : Rizchi Mustika Putri  
NPM : 0706220184
2. Nama : Rosmauli Sitompul  
NPM : 0706220215

Adalah mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Saat ini sedang mengadakan penelitian dengan judul "Hubungan Stigma dengan Harga Diri Rendah pada Klien HIV/AIDS di LSM PKBI Jakarta". Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara stigma dengan harga diri rendah pada ODHA. Jawaban yang anda berikan akan di jaga kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian saja. Jika anda tidak bersedia menjadi responden, maka diperbolehkan untuk tidak ikut berpartisipasi dalam penelitian ini. Apabila selama pengambilan data terdapat hal-hal yang tidak diinginkan maka anda berhak untuk mengundurkan diri.

Mohon kesediaannya untuk menandatangani lembar persetujuan dan menjawab pertanyaan pada lembar kuesioner sesuai dengan petunjuk dan diserahkan kembali kepada peneliti setelah di isi pada hari yang sama.

Peneliti,

Rizchi / Rosmauli

Lampiran 2

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Judul penelitian : Hubungan Stigma dengan Harga Diri Rendah pada Klien  
HIV/AIDS di LSM PKBI Jakarta

Peneliti : a. Rizchi Mustika Putri NPM. 0706220184  
b. Rosmauli Sitompul NPM. 0706220215

---

Saya sebagai responden pengisian kuesioner mempunyai hak bila ada hal yang tidak jelas, dapat langsung bertanya pada peneliti. Pengisian kuesioner ini bersifat sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun. Saya berhak menolak berpartisipasi dalam penelitian ini tanpa sanksi apapun.

Data saya yang didapat bersifat rahasia dan peneliti tidak akan membuka identitas saya. Serta informasi yang telah diberikan kepada orang lain tanpa seizin saya sebagai responden.

Saya telah membaca lembar persetujuan ini dan secara suka rela akan berpartisipasi dalam penelitian ini.

Responden,

( )

### Lampiran 3

## KUESIONER PENELITIAN

### Rencana Kuesioner

#### Terdiri dari :

- 30% Pernyataan Positif : 8 Pernyataan  
70% Pernyataan negatif : 17 Pernyataan  
Jumlah Pernyataan : 25 Soal  
Jumlah Nilai Total : 25 X 4 = 100

No.	Keterangan	Nilai			
		Selalu	Kadang	Pernah	Tidak Pernah
1.	Pernyataan Positif	1	2	3	4
2.	Pernyataan Negatif	4	3	2	1

#### Pernyataan :

1. Mengkritik diri sendiri (2 soal)
2. Produktifitas menurun (2 soal)
3. Isolasi sosial (2 soal)
4. Gangguan interpersonal (2 soal)
5. Malu dan tidak percaya diri (2 soal)
6. Merasa tidak layak (2 soal)
7. Rasa bersalah (2 soal)
8. Cepat marah (2 soal)
9. Perasaan negatif kepada dirinya sendiri (2 soal)
10. Pandangan hidup yang pesimis (2 soal)
11. Mengingkari kemampuan diri sendiri (2 soal)
12. Menarik diri dari realitas (2 soal)
13. Khawatir (1 soal)

**Petunjuk Umum Kuesioner :**

- Responden diharapkan mengisi seluruh pertanyaan sesuai dengan petunjuk pengisian dan dengan jawaban yang sebenar-benarnya.
- Baca petunjuk pengisian dengan teliti.
- Isilah setiap pertanyaan dengan satu jawaban dengan memberi tanda *checklist* (✓) pada kolom yang tersedia.
- Apabila ingin mengganti jawaban coretlah jawaban yang ingin diganti dengan tanda sama dengan (=) kemudian *checklist* (✓) kembali jawaban lain.
- Responden diperbolehkan bertanya langsung kepada peneliti jika ada hal-hal yang tidak dimengerti terkait dengan pengisian kuesioner.
- Isilah data demografi terlebih dahulu dilanjutkan dengan pertanyaan dan pernyataan kuesioner berikutnya.
- Jawaban : Selalu (setiap hari saya memikirkannya), Kadang (tidak setiap hari saya memikirkannya), Pernah (sekali terlintas dipikiran saya), Tidak pernah
- Sebelum menyerahkan kembali kuesioner ini kepada peneliti, periksa lagi setiap pertanyaan, jangan sampai ada yang belum terjawab.
- Setelah kuesioner terisi lengkap, serahkan kembali kuesioner ke peneliti.

Diisi oleh peneliti

Kode responden :

Tanggal :

**A. Data Demografi**

1. Nama : .....
2. Umur : ..... tahun
3. Jenis kelamin : Laki-laki   
Perempuan
4. Status Pernikahan : .....
5. Jumlah keluarga yang serumah : .....
6. Tempat tinggal : .....
- Rumah sendiri  Kontrak  Lain-lain
7. Suku : .....
8. Agama  
Islam  Budha  Lainnya   
Kristen  Hindu
9. Pendidikan terakhir  
Tidak sekolah  SMP  D3   
SD  SMU  Sarjana
10. Pekerjaan  
PNS, TNI - POLRI  Lain-lain   
Pegawai swasta

**Kuesioner**

No.	Pertanyaan	Selalu	Kadang	Pernah	Tidak pernah
1.	Saya menderita HIV/AIDS karena kesalahan diri saya sendiri (7)				
2.	Saya merasa dijauhi semua orang (3)				
+3.	Saya tetap melakukan kegiatan sehari-hari seperti biasa (2)				
4.	Tidak ada yang mau mengajak saya bicara (4)				
5.	Saya malu dengan penyakit saya (5)				
6.	Tidak ada yang mau berteman dengan saya lagi (3)				
+7.	Saya ingin berteman seperti biasa (4)				
8.	Saya tidak mau melakukan apapun (2)				
9.	Saya tidak mau orang lain mengetahui penyakit saya (5)				
+10.	Saya berhak ikut dalam sebuah kelompok masyarakat (6)				
11.	Orang lain seperti meremehkan saya (1)				
12.	Saya tidak pantas berada ditengah masyarakat (6)				
+13.	Saya tidak bersalah untuk semua ini (7)				
14.	Saya memang hina (1)				
15.	Saya merasa ajal sudah dekat (10)				
+16.	Ada Tuhan YME yang selalu membantu saya (10)				
17.	Saya sudah tidak bisa melakukan				

	apapun (11)				
+18.	Saya menerima diri saya saat ini (9)				
19.	Saya tidak mau bertemu orang lain (12)				
20.	Saya kesal bila orang lain tahu penyakit saya (8)				
21.	Saya takut mati (13)				
+22.	Masih banyak hal yang bisa saya lakukan untuk hidup (11)				
23.	Saya ini memang bodoh (9)				
+24.	Saya senang berteman (12)				
25.	Saya marah bila dipandang sebelah mata (8)				



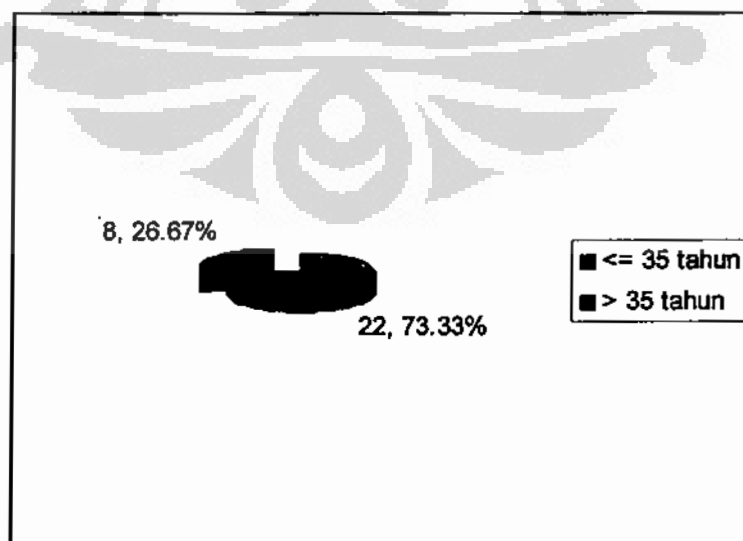
## Frequency Table

### Umur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 22	1	3.3	3.3	3.3
23	1	3.3	3.3	6.7
24	1	3.3	3.3	10.0
25	2	6.7	6.7	16.7
26	4	13.3	13.3	30.0
27	3	10.0	10.0	40.0
28	4	13.3	13.3	53.3
29	1	3.3	3.3	56.7
30	3	10.0	10.0	66.7
32	1	3.3	3.3	70.0
35	1	3.3	3.3	73.3
36	3	10.0	10.0	83.3
38	1	3.3	3.3	86.7
40	1	3.3	3.3	90.0
42	2	6.7	6.7	96.7
45	1	3.3	3.3	100.0
Total	30	100.0	100.0	

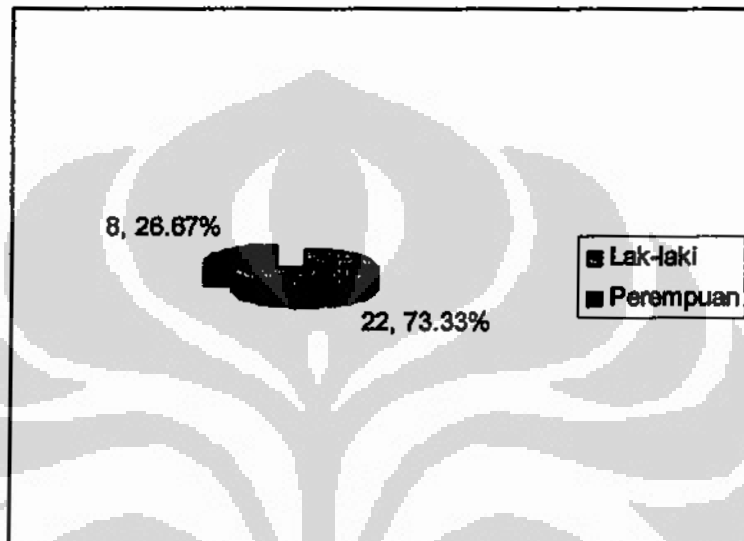
### Usia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <= 35 tahun	22	73.3	73.3	73.3
> 35 tahun	8	26.7	26.7	100.0
Total	30	100.0	100.0	



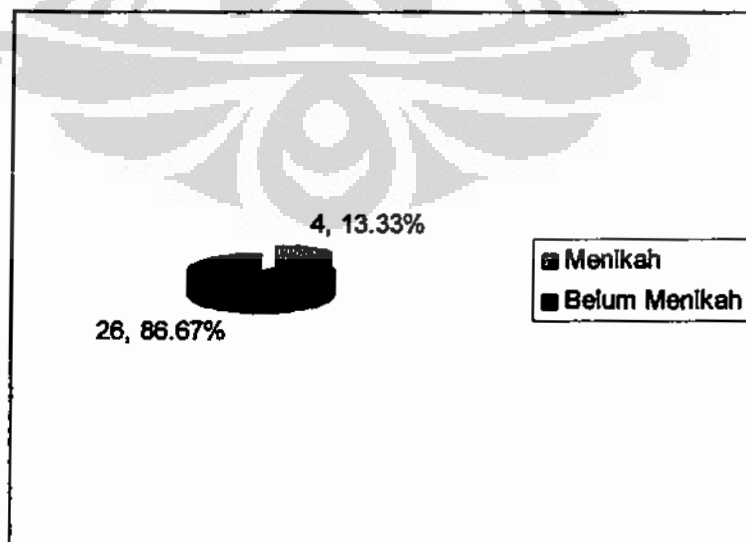
**Jenis Kelamin**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Lak-laki	22	73.3	73.3	73.3
	Perempuan	8	26.7	26.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	



**Status Pernikahan**

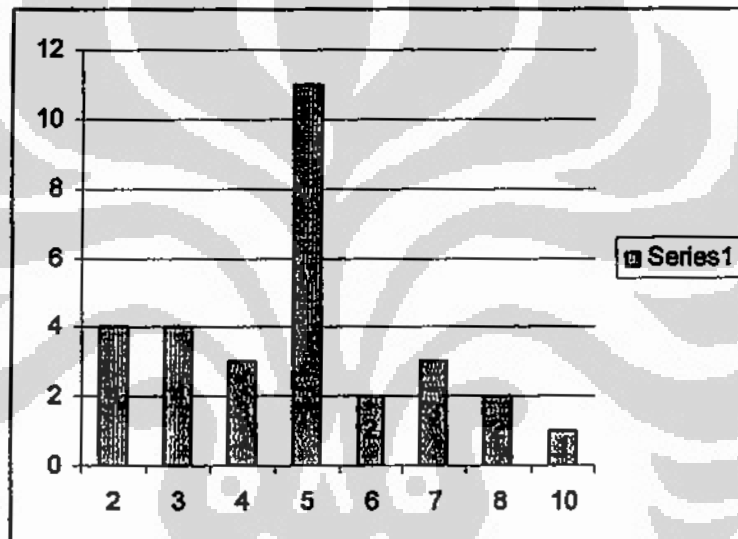
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Menikah	4	13.3	13.3	13.3
	Belum Menikah	26	86.7	86.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	



MILIK DAN HAK SAHAJIAH  
 FAKULTAS ILMU HUMANIS  
 UNIVERSITAS BANGSA

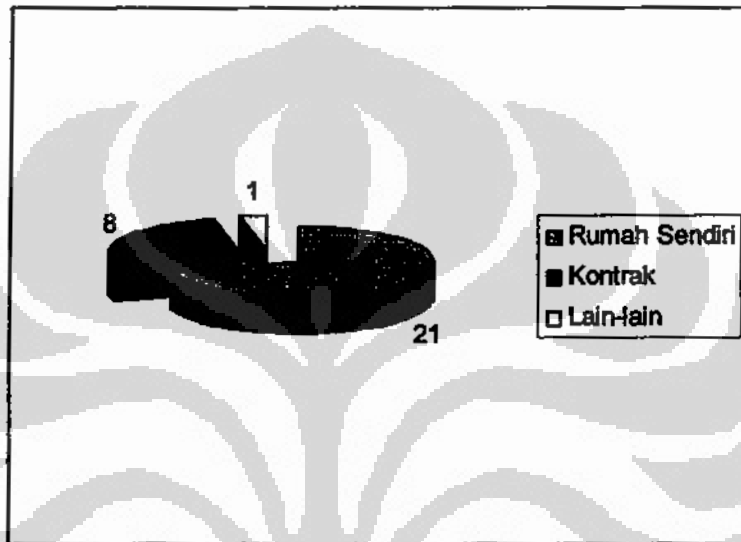
### Jumlah Keluarga yang Serumah

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2	4	13.3	13.3	13.3
3	4	13.3	13.3	26.7
4	3	10.0	10.0	36.7
5	11	36.7	36.7	73.3
6	2	6.7	6.7	80.0
7	3	10.0	10.0	90.0
8	2	6.7	6.7	96.7
10	1	3.3	3.3	100.0
Total	30	100.0	100.0	



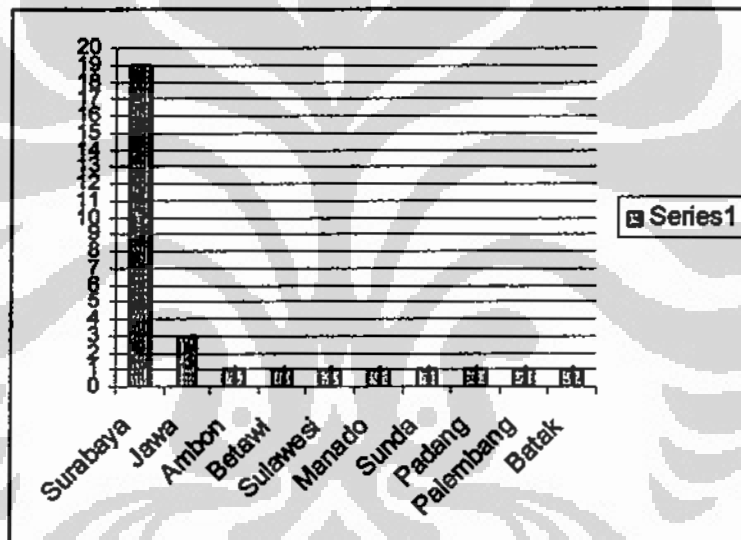
### Tempat Tinggal

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rumah Sendiri	21	70.0	70.0	70.0
	Kontrak	8	26.7	26.7	96.7
	Lain-lain	1	3.3	3.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	



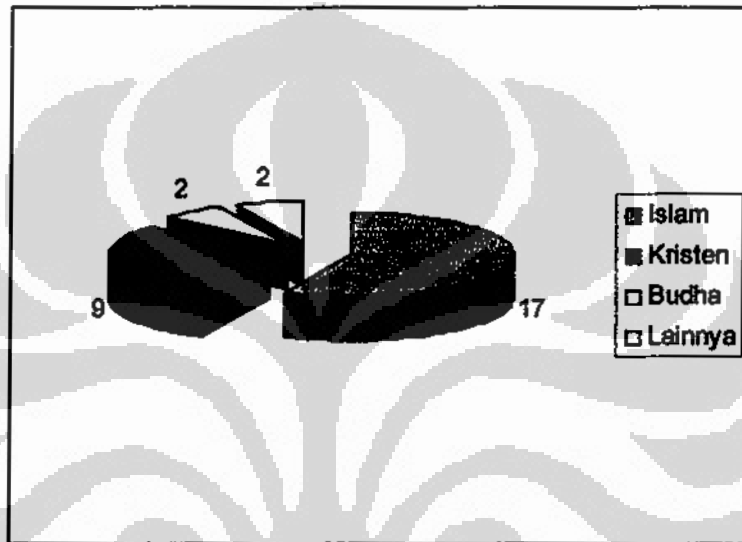
### Suku

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Surabaya	19	63.3	63.3	63.3
	Jawa	3	10.0	10.0	73.3
	Ambon	1	3.3	3.3	76.7
	Betawi	1	3.3	3.3	80.0
	Sulawesi	1	3.3	3.3	83.3
	Manado	1	3.3	3.3	86.7
	Sunda	1	3.3	3.3	90.0
	Padang	1	3.3	3.3	93.3
	Palembang	1	3.3	3.3	96.7
	Batak	1	3.3	3.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	



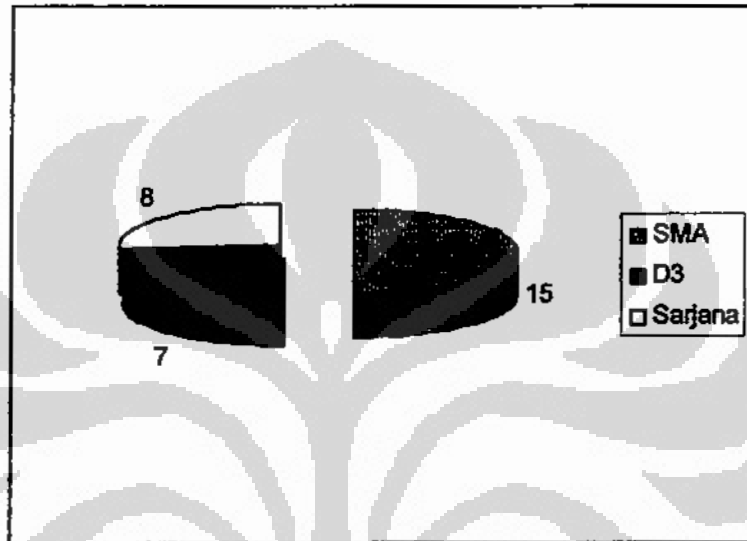
### Agama

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Islam	17	56.7	56.7	56.7
	Kristen	9	30.0	30.0	86.7
	Budha	2	6.7	6.7	93.3
	Lainnya	2	6.7	6.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	



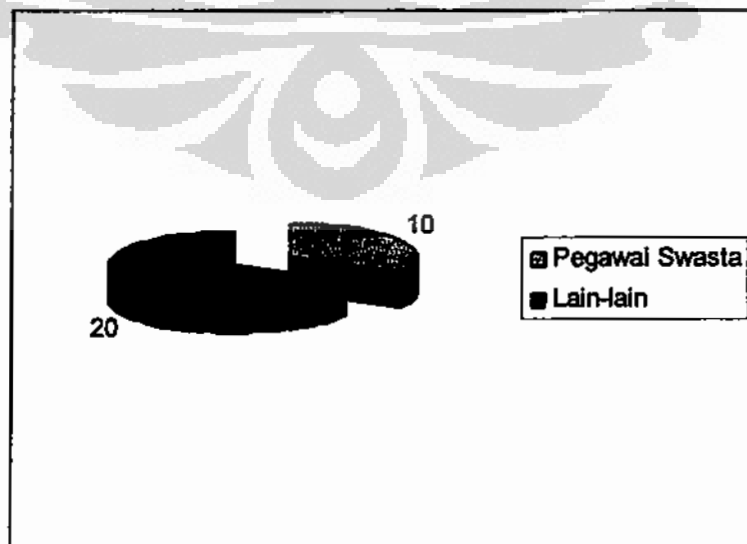
**Pendidikan Terakhir**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SMA	15	50.0	50.0	50.0
	D3	7	23.3	23.3	73.3
	Sarjana	8	26.7	26.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	



**Pekerjaan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pegawai Swasta	10	33.3	33.3	33.3
	Lain-lain	20	66.7	66.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	



**B1**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah	2	6.7	6.7	6.7
	Jarang	2	6.7	6.7	13.3
	Sering	6	20.0	20.0	33.3
	Selalu	20	66.7	66.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

**B2**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah	8	26.7	26.7	26.7
	Jarang	5	16.7	16.7	43.3
	Sering	13	43.3	43.3	86.7
	Selalu	4	13.3	13.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

**B3**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah	2	6.7	6.7	6.7
	Jarang	1	3.3	3.3	10.0
	Sering	9	30.0	30.0	40.0
	Selalu	18	60.0	60.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

**B4**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah	11	36.7	36.7	36.7
	Jarang	8	26.7	26.7	63.3
	Sering	10	33.3	33.3	96.7
	Selalu	1	3.3	3.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

**B5**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah	1	3.3	3.3	3.3
	Jarang	3	10.0	10.0	13.3
	Sering	14	46.7	46.7	60.0
	Selalu	12	40.0	40.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	



**B6**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah	10	33.3	33.3	33.3
	Jarang	10	33.3	33.3	66.7
	Sering	9	30.0	30.0	96.7
	Selalu	1	3.3	3.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

**B7**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah	1	3.3	3.3	3.3
	Jarang	4	13.3	13.3	16.7
	Sering	6	20.0	20.0	36.7
	Selalu	19	63.3	63.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

**B8**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah	9	30.0	30.0	30.0
	Jarang	7	23.3	23.3	53.3
	Sering	13	43.3	43.3	96.7
	Selalu	1	3.3	3.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

**B9**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah	1	3.3	3.3	3.3
	Jarang	3	10.0	10.0	13.3
	Sering	5	16.7	16.7	30.0
	Selalu	21	70.0	70.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

**B10**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah	3	10.0	10.0	10.0
	Jarang	9	30.0	30.0	40.0
	Sering	3	10.0	10.0	50.0
	Selalu	15	50.0	50.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

**B11**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah	11	36.7	36.7	36.7
	Jarang	6	20.0	20.0	56.7
	Sering	10	33.3	33.3	90.0
	Selalu	3	10.0	10.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

**B12**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah	6	20.0	20.0	20.0
	Jarang	10	33.3	33.3	53.3
	Sering	12	40.0	40.0	93.3
	Selalu	2	6.7	6.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

**B13**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah	8	26.7	26.7	26.7
	Jarang	5	16.7	16.7	43.3
	Sering	7	23.3	23.3	66.7
	Selalu	10	33.3	33.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

**B14**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah	7	23.3	23.3	23.3
	Jarang	3	10.0	10.0	33.3
	Sering	7	23.3	23.3	56.7
	Selalu	13	43.3	43.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

**B15**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah	3	10.0	10.0	10.0
	Jarang	4	13.3	13.3	23.3
	Sering	3	10.0	10.0	33.3
	Selalu	20	66.7	66.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

**B16**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Jarang	5	16.7	16.7	16.7
	Sering	5	16.7	16.7	33.3
	Selalu	20	66.7	66.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

**B17**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah	5	16.7	16.7	16.7
	Jarang	8	26.7	26.7	43.3
	Sering	14	46.7	46.7	90.0
	Selalu	3	10.0	10.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

**B18**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah	4	13.3	13.3	13.3
	Jarang	10	33.3	33.3	46.7
	Sering	3	10.0	10.0	56.7
	Selalu	13	43.3	43.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

**B19**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah	8	26.7	26.7	26.7
	Jarang	10	33.3	33.3	60.0
	Sering	8	26.7	26.7	86.7
	Selalu	4	13.3	13.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

**B20**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah	3	10.0	10.0	10.0
	Jarang	1	3.3	3.3	13.3
	Sering	8	26.7	26.7	40.0
	Selalu	18	60.0	60.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

**B21**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah	5	16.7	16.7	16.7
	Jarang	2	6.7	6.7	23.3
	Sering	8	26.7	26.7	50.0
	Selalu	15	50.0	50.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

**B22**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah	3	10.0	10.0	10.0
	Jarang	4	13.3	13.3	23.3
	Sering	13	43.3	43.3	66.7
	Selalu	10	33.3	33.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

**B23**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah	3	10.0	10.0	10.0
	Jarang	9	30.0	30.0	40.0
	Sering	8	26.7	26.7	66.7
	Selalu	10	33.3	33.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

**B24**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah	3	10.0	10.0	10.0
	Jarang	4	13.3	13.3	23.3
	Sering	4	13.3	13.3	36.7
	Selalu	19	63.3	63.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

**B25**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah	1	3.3	3.3	3.3
	Jarang	4	13.3	13.3	16.7
	Sering	9	30.0	30.0	46.7
	Selalu	16	53.3	53.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

## Frequencies

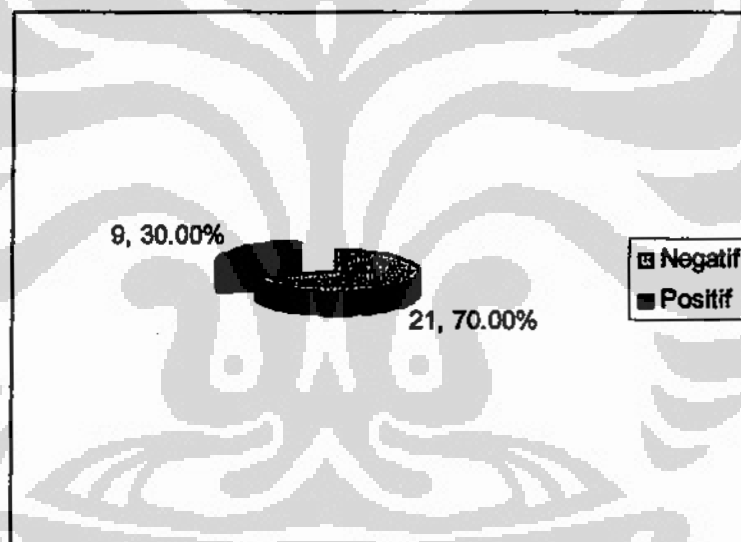
### Statistics

		Stigma	HDR
N	Valid	30	30
	Missing	0	0

### Frequency Table

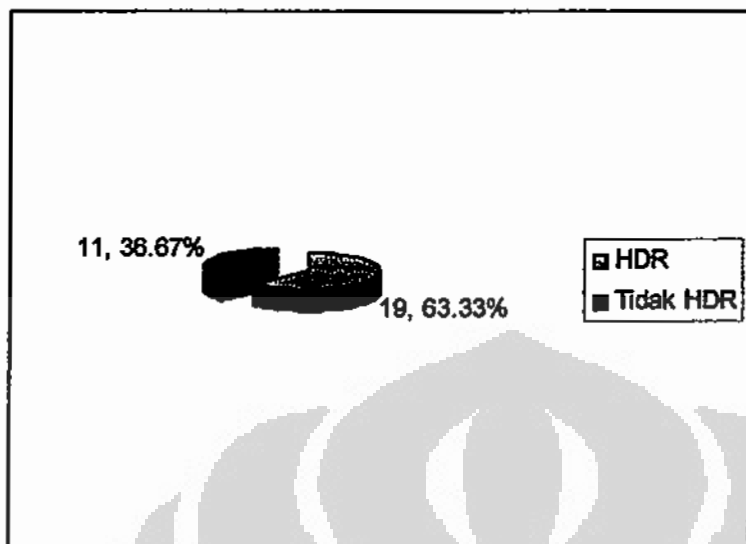
#### Stigma

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Negatif	21	70.0	70.0	70.0
	Positif	9	30.0	30.0	100.0
Total		30	100.0	100.0	



#### HDR

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	HDR	19	63.3	63.3	63.3
	Tidak HDR	11	36.7	36.7	100.0
Total		30	100.0	100.0	



## Crosstabs

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Stigma * HDR	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%

### Stigma \* HDR Crosstabulation

			HDR		Total
			HDR	Tidak HDR	
Stigma	Negatif	Count	16	5	21
		% within HDR	84.2%	45.5%	70.0%
	Positif	Count	3	6	9
		% within HDR	15.8%	54.5%	30.0%
Total		Count	19	11	30
		% within HDR	100.0%	100.0%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.983 <sup>a</sup>	1	.026		
Continuity Correction <sup>b</sup>	3.308	1	.069		
Likelihood Ratio	4.919	1	.027		
Fisher's Exact Test				.042	.035
Linear-by-Linear Association	4.817	1	.028		
N of Valid Cases	30				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.30.

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Stigma (Negatif / Positif)	6.400	1.156	35.437
For cohort HDR = HDR	2.286	.880	5.936
For cohort HDR = Tidak HDR	.357	.146	.873
N of Valid Cases	30		

